

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 novembre 1900, à 1 heure

Par M. GUSTAVE SAINT-MARTIN

Né à Loubajac (Hautes-Pyrénées) le 15 août 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSTOCIE

PAR EXCÈS DE VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES
DU FŒTUS DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SOMMET

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
LEJARS et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

35

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 novembre 1900, à 1 heure

Par M. GUSTAVE SAINT-MARTIN

Né à Loubajac (Hautes-Pyrénées) le 15 août 1873.

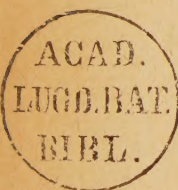
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA DYSTOCIE

PAR EXCÈS DE VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES
DU FŒTUS DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SOMMET

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
LEJARS et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale		DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		CORNIL.	
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		LANDOUZY	
Médecine légale		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale	}	POTAIN.	
		JACCOUD.	
Maladie des enfants	}	HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.	
Clinique chirurgicale	}	FOURNIER.	
		RAYMOND.	
Clinique ophthalmologique	}	BERGER.	
Clinique des maladies des voies urinaires		DUPLAY.	
Clinique d'accouchements	}	LE DENTU	
		TILLAUX.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROQUES,
médecin des Hôpitaux,

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE
MON FRÈRE RAPHAËL,

A MA TENDRE MÈRE,

A ma sœur chérie, à mon frère JEAN, à mon oncle
PIERRE BARUS,

A MES PARENTS ET AMIS,

A tous ceux, enfin, qui me portent quelque intérêt, je
dédie cette thèse, modeste couronnement de mes études
médicales.

G. SAINT-MARTIN.

Je ne saurais, en ce jour qui est pour moi l'aurore d'une vie nouvelle, manquer à un devoir bien doux à remplir.

MM. les professeurs de la Faculté, et tous ceux dont les leçons et les écrits me permirent d'entrevoir les vastes horizons de la science, cachés aux yeux des profanes, voudront bien accepter l'humble hommage de ma profonde reconnaissance.

De ce tribut de gratitude, je réserverai une large part aux différents maîtres des hôpitaux qui guidèrent mes premières études et dont la discrète bienveillance ne m'abandonna jamais ; à Monsieur le docteur ROGUES médecin de l'hôpital Bichat, qui me montra les rudiments de la médecine, à M. le docteur DUPLAY, officier de la Légion d'Honneur, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ; à ses chefs de clinique MM. les docteurs CAZIN et MARION, aux savants médecins de Saint-Louis, à M. le docteur COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, dont la méthode thérapeutique est si précieuse pour le praticien ; et enfin, à M. le docteur BAR, accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, auquel nous sommes redevable, entr'autres choses plus personnelles, du sujet et des éléments de ce travail.

L'enseignement et l'exemple de ces maîtres distingués,

le spectacle quotidien des travaux et des découvertes scientifiques de notre époque m'ont permis de me faire cette opinion : La faillite de la science n'est pas proche malgré les assertions de quelques pessimistes malencontreux, et, je suis fier de prendre rang dans cette vaillante légion qui compte à sa tête des chefs si éminents.

Outre les quelques connaissances pratiques que j'ai acquises par la fréquentation de mes maîtres, il est un principe moral qu'il m'a été facile de dégager de leur conduite journalière. Le premier devoir du médecin est le respect du malade. Son rôle ne se borne pas à l'administration indifférente de quelques drogues, il est plus élevé ; quelques bons conseils, quelques douces paroles affectueuses, parties du cœur, ont parfois une action aussi prompte et certaine que le plus efficace des médicaments.

Je prie M. le professeur Pinard de vouloir bien agréer l'expression de ma vive gratitude, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider la soutenance de ma thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550226_0018

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSTOCIE

PAR EXCÈS DE VOLUME DE LA POITRINE ET DES ÉPAULES
DU FŒTUS DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SOMMET

INTRODUCTION

Le pronostic de l'accouchement physiologique est en majeure partie lié à l'expulsion de la tête fœtale. Où le sommet passe librement, passeront les épaules et le tronc.

Cet aphorisme, comme toute règle générale, comporte des exceptions ; parfois, après l'engagement de la tête, alors même qu'elle s'est dégagée, l'expulsion du fœtus peut être gênée par un obstacle tenant au volume exagéré des épaules et de la poitrine : malgré la rareté relative de ces cas de dystocie, le praticien doit se mettre en garde contre l'éventualité de cette anomalie, et se prémunir contre elle.

De tout temps, les accoucheurs s'ingénierent à trouver contre cet accident des méthodes d'intervention dont le nombre, seul, prouve l'insuffisance et la médiocrité.

Tout récemment encore, M. le Dr Bonnaire, dans un travail (1) que nous aurons l'occasion de citer presque en entier, s'est montré partisan d'un procédé qui consiste à sectionner les clavicules lorsque le diamètre bisacromial est trop prononcé; cette opération porte le nom de cleidotomie. Si la réduction du volume des épaules obtenue par ce moyen est insuffisante, on lui adjoint une intervention complémentaire qui a pour but de réséquer, de chaque côté de la poitrine, la saillie de l'acromion avec les muscles qui s'y attachent. On fait ainsi la sus-acromiotomie.

La lecture de l'article de M. Bonnaire éveilla dans l'esprit de notre maître M. le Dr Bar le souvenir de quelques cas personnels dans lesquels il était parvenu à triompher du volume excessif des épaules, s'opposant à l'expulsion du tronc, par une méthode aussi sûre et beaucoup plus simple; et, nous sachant en quête d'un sujet de thèse, il nous proposa d'exposer sa manière de faire, en nous basant sur ses observations et les résultats de sa pratique.

..

Notre thèse comporte deux divisions :

Dans la première partie, on trouvera un exposé historique de la dystocie par excès de volume des épaules et de la poitrine; nous y marquons à grands traits les prin-

1. Bonnaire. *Presse médicale*. VIII^e année, n^o 24, 14 mars 1900.
De la réduction du volume des épaules dans l'accouchement dystocique.

cipales périodes de l'histoire de ce sujet, négligeant les points secondaires, mais résumant avec quelques détails les théories des auteurs qui ont fait progresser la question.

Nous accordons une importance toute particulière au travail de M. Bonnaire.

La seconde partie que nous partageons en deux chapitres, contient l'exposé de la manœuvre que fait M. Bar, puis un parallèle entre les deux méthodes.

Viennent enfin nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

La dystocie par excès de volume des épaules et de la poitrine fut signalée par les anciens auteurs.

Aëtius, médecin grec, qui vivait vers l'an 81 avant J. C., résumant la doctrine d'un de ses prédécesseurs, un certain Philumenus, dit dans le chapitre XXIII de son Tetrabiblon intitulé :

De fœtus extractione ac exectione, Philumeni,

« At si capite progresso, circa thoracem coarctatio fiat, itidem scalpro loci circa claviculas dissecantur usque ad vacua, ut humore evacuato, moles thoracis concidat » (1).

Dans un autre chapitre (2) qui a pour titre : *Pariendi difficultatis causæ*, il montre non moins nettement que la dystocie peut tenir à un excès de volume pathologique localisé aux épaules ou au tronc.

1. Aetiimedici grœci contractoe ex veteribus medicinæ tetrabiblos .
Tetr. IIII. Sermo IV. Cap. XXIII.

2. Ibidem. Tetr. IIII. Sermo IV. Cap. XXII.

« Difficile præterea fit partus, quum foetus totus, aut pars, magnitudine excellit; sæpe enim caput, vel thorax, vel venter, plus æquo augescit ».

Quelques lignes plus bas (1) il indique même la méthode à employer pour triompher de l'obstacle.

« Si vero ob capitis, aut thoracis, aut ventris magnitudine, partus difficilis fiat, omnino necessarium est foetum secare ».

On le voit, Aëtius et ses contemporains avaient une notion exacte de la chose. Malheureusement, cet auteur se borne à une simple mention, n'apporte aucune observation probante à l'appui de son dire, et surtout ne cherche pas à trouver une explication.

Après lui, et pendant une longue période qui comprend toute l'antiquité et le moyen-âge, la question ne fait aucun progrès. Les écrivains, sur la foi de leurs devanciers, enregistrent les faits, ajoutent quelques observations personnelles plus ou moins authentiques, mais négligent d'en définir le mécanisme.

On parcourt les œuvres des Arabistes, Avicenne, Averroès, Albucasis, Rhazès, sans trouver la moindre indication de cette cause de dystocie. La même obscurité règne dans les livres des médecins du moyen-âge qui écrivirent sur les accouchements. Roesslin, Rueff, Franco, Paré, gardent un silence absolu sur la question.

1. Aëtius. *Ibidem*. Tetr. III. Sermo IV. Cap. XXII.

Au xvi^e siècle, la confusion persiste. Tous les ouvrages d'obstétrique de l'époque renferment un chapitre intitulé à peu près toujours de la même façon : « *Quand l'enfant est arrêté aux épaules et que la tête est déjà sortie* ». Mais on est bien vite déçu, car le contenu du chapitre ne tient pas ce que semblait promettre le titre alléchant. On trouve les observations d'accouchements laborieux par resserrement du col de la matrice autour du cou du fœtus, après que la tête est sortie, par circulaires du cordon, par excès de volume généralisé du fœtus, mais l'excès d'ampleur uniquement localisé aux épaules et au tronc, passe complètement inaperçu.

En veut-on un exemple entre mille ? Voici une observation résumée de Portal :

De l'accouchement d'un enfant arrêté aux épaules, la tête étant sortie (1).

Portal est appelé le 25 juillet 1672 par une sage-femme embarrassée ; il trouve la malade dans un état pitoyable, l'enfant arrêté aux épaules.

« Il y avait une heure que les choses étaient en cet état quand j'arrivai, dit-il, et l'enfant était étranglé par la compression de l'orifice externe de la matrice.

« Après avoir considéré le malheureux état de ce pauvre enfant et de la mère qui fait tous ses efforts pour le mettre dehors, je portai une main droite au col de la tête de l'enfant, et glissant mes doigts le long de son col, je tâchai de

1. Portal. *La pratique des accouchements*, Paris, 1865. Obs. L, page 229.

les introduire sous les aisselles, ce qui ne me fut pas possible. C'est pourquoi je résolus d'appliquer mes deux mains, une de chaque côté, aux parties latérales de la tête, et ainsi, je le tirai de toutes mes forces en droite ligne. J'étais presque sur le point de tout abandonner, attendu la grande résistance que je trouvais, quand il céda à la force et à l'adresse que je pouvais avoir. Si j'avais été appelé d'abord, j'aurais sauvé l'enfant, et je n'aurais pas eu tant de peine à le faire sortir, parce que quand je vins, je trouvai toutes les parties de la mère gonflées par les efforts et par les attouchements continuels que la sage-femme avait faits pendant une heure.

La grosseur prodigieuse de cet enfant avait causé cet accident...., etc. »

Suivent la description de la délivrance et quelques considérations sans importance.

Il ne s'agit ici que de l'accouchement d'un gros fœtus, rendu laborieux par la compression du col et la résistance des parties molles, puisque de simples tractions sur la tête ont suffi à le terminer.

Il nous serait facile d'emprunter à d'autres auteurs de l'époque, des observations analogues.

∴

Dans les premières années du xviii^e siècle, la science n'est pas tout à fait délivrée des préjugés et des croyances populaires. Nombre de récits légendaires émaillent encore les théories des auteurs. Cependant quelques lueurs de vérité percent les ténèbres profondes qui

entourent la question. Les accoucheurs semblent soupçonner la cause de la dystocie ; tout au moins, ils ont trouvé le moyen de lever l'obstacle. Aux tractions sur la tête, ils ajoutent des tractions sur les aisselles, et vont même dégager les épaules.

Quelques passages empruntés aux principaux auteurs du temps montreront, mieux que toute analyse, comment la question de la dystocie par excès de volume des épaules, après de nombreux tâtonnements, se dégagea enfin du chaos des faits inaperçus.

Mauriceau, dans son *Traité* (1), s'exprime ainsi :

« *Le moyen d'accoucher la femme quand le corps de l'enfant demet^re arrêté au passage par les épaules après que la tête est sortie.* »

« L'enfant vient naturellement la tête la première, afin que par sa grosseur et par sa dureté, le passage soit plus facilement fait aux autres parties du corps, lesquelles pour l'ordinaire passent sans peine où elle a une fois passé.

Néanmoins, il se rencontre quelquefois des enfants qui ont la tête si petite, et les épaules si grosses et si larges, qu'elles ne peuvent qu'avec une très grande difficulté faire le même chemin ; ce qui les fait le plus souvent rester au passage, après que leur tête en est sortie.... Beaucoup de femmes croient avec raison que les hommes qui ont les épaules larges, engendrent ordinairement de gros enfants

1. Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* (édition de 1721). Chap. XVIII. Livre II.

qu'ils ressemblent en cela ; et Forestus en l'observation 70 de son livre 28 dit que sa belle-mère, qui avait eu de son mari vingt enfants, était si fortement attachée à cette opinion qu'elle ne voulait pas marier aucune de ses filles à des hommes qui eussent les épaules larges, comme avait son mari de peur qu'elles n'eussent, comme elle, trop de peine dans leurs accouchements, à cause de la grosseur du corps et des épaules des enfants qu'elles en pourraient avoir.

Quand l'enfant sera ainsi arrêté aux épaules, il faut que le chirurgien se dépêche promptement de le tirer de cette prison où il est pris par le col comme s'il était au carcan, car il tarderait peu à y être étranglé ou suffoqué. C'est pourquoi, afin de l'éviter, il tâchera de faire suivre et passer les épaules en tirant médiocrement la tête de l'enfant, tantôt par les côtés, tantôt aussi la prenant d'une main par dessous le menton, et de l'autre, par dessus le derrière de la tête, et ainsi faisant alternativement de côté et d'autre pour mieux faciliter la chose ; prenant bien garde que le cordon de l'ombilic ne soit pas embarrassé autour du col, et observant toujours de ne point tirer cette tête avec trop de violence, de peur qu'il n'arrive ce que j'ai vu faire devant moi en une rencontre où un enfant roturier, ainsi pris au passage, on en fit sur le champ un gentilhomme, en lui arrachant et lui séparant la tête du col, à force de la tirer.

Si les épaules ne passent point, après avoir médiocrement tiré l'enfant de la manière, il faut glisser un ou deux doigts de chaque main par-dessous chacune des aisselles avec lesquelles, les recourbant en dedans, on fera avancer, et on tirera peu à peu les épaules.

Mais quand elles seront entrées au passage, et qu'elles en

seront tout à fait dégagées, si le chirurgien ne peut encore avoir l'enfant, le tenant ainsi par dessous les aisselles, pour lors, il peut être certain qu'il est arrêté par quelque autre empêchement et qu'il est assurément monstrueux de quelque partie de son corps ; ou comme il arrive souvent en cette occasion, qu'il est hydropique du ventre, à raison de l'émittance et grosseur duquel il est impossible qu'il soit tiré hors de la matrice avant qu'on l'ait percé pour en vider les eaux ; après quoi on en viendra facilement à bout, comme je l'ai pratiqué en pareille rencontre, dont je vais présentement décrire toutes les circonstances, et la manière avec laquelle nous nous y comportâmes ; car nous fûmes deux chirurgiens une sage-femme et une apprentisse de l'Hôtel-Dieu à faire cet accouchement où la chose arriva de cette façon ».

Et Mauriceau raconte alors l'observation d'un accouchement dans lequel :

« Une apprentisse de l'Hôtel-Dieu ne put jamais faire passer autre chose que la tête de l'enfant qui demeura ainsi prise au col et arrêté au droit des épaules sans pouvoir avancer plus outre ».

Après l'apprentisse, une sage-femme épuise ses forces à lutter vainement contre l'obstacle. Mauriceau intervient alors.

Il constate que les tractions exercées sur la tête ont décollé les vertèbres du cou, que la tête ne tient plus que par les téguments, bien que les épaules ne soient pas d'un volume excessif ; par le toucher, il se rend compte qu'il

s'agit d'un cas d'ascite du fœtus ; mais comme il n'a pas d'instrument à sa portée, il fait appeler un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, le met au courant de la cause de la dystocie et l'avertit qu'une simple ponction du ventre du fœtus lèvera l'obstacle. Le chirurgien, sans prendre la peine d'examiner la situation, exerce des tractions sur la tête qui lui reste dans les mains. Il introduit alors un crochet dans l'utérus, arrache les deux bras, les poumons, le cœur, quelques côtes, s'évertue pendant $3/4$ d'heure à éviscérer le fœtus ; après quoi, épuisé de fatigue et ruisselant de sueur, il est obligé de se reposer. La sage-femme le remplace, mais en vain ; le chirurgien revient à la rescousse, sous le regard railleur de Mauriceau qui lui assure que tant qu'il n'aura pas percé le diaphragme, l'extraction sera impossible. De guerre las, le chirurgien passe son crochet à Mauriceau qui pratique la ponction et termine de suite l'accouchement.

On le voit, avec Mauriceau les choses se brouillent encore et une distinction bien tranchée ne s'établit pas entre l'excès de volume des épaules pathologique et non pathologique.

Cependant, cette dernière cause de dystocie ne lui est pas inconnue, ainsi qu'il résulte d'une observation publiée par lui (1) et que nous empruntons au mémoire de Jacquemier (2).

Mauriceau dit avoir accouché une femme d'un enfant ex-

1. Mauriceau. *Dernières observations*. Observation XVIII.

2. Jacquemier. *Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique*, 1860.

trêmement gros après qu'une sage-femme et trois assez célèbres chirurgiens s'y fussent lassés inutilement. La sage-femme essaya d'abord de le tirer par la tête qu'il présentait, mais comme il avait vraisemblablement les épaules fort larges et proportionnées au reste du corps, elle ne put venir à bout de tirer cet enfant qui pour lors était vivant, ainsi qu'il paraissait par les mouvements manifestes de sa tête. Le premier chirurgien appelé fit de si violents efforts pour tirer la tête de cet enfant qu'il la sépara entièrement du corps, restant toujours arrêté au passage par la grosseur des épaules. Le second chirurgien arracha les deux bras l'un après l'autre sans pouvoir venir à bout de faire suivre le corps. Le troisième parvint à atteindre un pied et tira si fort dessus que l'os de la jambe se sépara de l'os de la cuisse. C'est en dégageant les deux membres inférieurs et en tirant dessus que Mauriceau parvint à extraire le corps de ce gros enfant. Ces manœuvres avaient duré plus de trois heures. La femme éprouva dès le second jour des accidents redoutables et mourut le sixième jour.

Nous pourrions citer deux nouvelles observations du même auteur, où la cause de dystocie est aussi nettement indiquée. On les trouvera au tome II des *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes*. Paris 1738 (obs. 339 et obs. 445).

Dionis a aussi écrit un passage intéressant sur ce sujet :
Le voici (1) :

1. Dionis. *Traité général des accouchements*, 1718. Liv. III, chap. XVI.

« Quand la tête de l'enfant est sortie et qu'il est accroché par les épaules ».

« Il arrive souvent que la tête de l'enfant étant sortie le reste de son corps demeure arrêté par les épaules, ou parce qu'elles sont trop grosses ou parce que la tête étant trop petite, elle n'a pas assez dilaté le passage pour pouvoir les laisser sortir. Cet accident arrive encore quand l'enfant est mort dans la matrice. L'enfant venant à sortir, la tête étant mollassse, elle prête à s'allonger ce que ne peuvent pas faire les épaules ; et l'on prétend que les pères qui ont les épaules larges, faisant des enfants qui leur ressemblent, leurs femmes ont beaucoup de peine à accoucher et qu'elles sont souvent exposées à cet accident qui peut arriver encore pour n'avoir pas bien pris son temps pour tirer la tête dans le même instant qu'elle est sortie, afin de faire prendre aux épaules la place par où elle a passé.

Quand l'enfant est ainsi arrêté, il ne faut pas l'y laisser longtemps, parce qu'ayant le col pressé et ne pouvant respirer, il y serait étranglé comme il arriva en l'année 1695 à un fils de M. le duc de Savoie, aujourd'hui roi de Sicile...

Il faut donc sans perdre de temps tirer l'enfant de son malheureux état après avoir observé si le cordon n'entoure point le col, ce qui arrive souvent et qui peut encore empêcher l'enfant d'avancer : il faut tirer cette tête tantôt à droite, tantôt à gauche, pour donner moyen aux épaules de se débarrasser l'une après l'autre. On prend quelquefois la tête d'une main sous le menton, et de l'autre sur le derrière de la tête, et la tirant avec une douce violence, on s'efforce d'avoir l'enfant, dont on vient à bout, à moins qu'il n'y ait quelque chose de

monstrueux qui en fait un obstacle invincible ; je dis : la tirer avec une douce violence, car si l'on tirait trop fort, on pourrait arracher la tête comme il arrive quelquefois et dont il n'y a que trop d'exemples.

Quand les épaules n'avancent point, et qu'en tirant ainsi la tête, on craint de l'arracher, il faut couler un ou deux doigts sous une des aisselles de l'enfant ; et par ce moyen débarrasser une épaule ; puis faisant la même chose sous l'autre aisselle, on vient à bout de son ouvrage ; il ne faut point passer les doigts sous l'aisselle avec violence, de crainte de casser l'humérus, comme je l'ai vu arriver à un célèbre accoucheur ; cet os se cassa comme une rave... etc. ».

Quelques années après, en 1722, paraît le *Traité complet des accouchements* de de la Motte, chirurgien-accoucheur de Vaslognes. Le chapitre X (page 233 de cet ouvrage), traite de l'accouchement où l'enfant a les épaules trop grosses, et montre que l'auteur a une connaissance exacte de ce cas de dystocie, ainsi que du procédé de dégagement des bras.

« Quand les enfants, dit-il, ont les épaules trop larges ou trop grosses, elles sont arrêtées par les os sacrum et pubis et ne peuvent descendre dans le vagin, quoique la femme soit travaillée de douleurs très fréquentes, que les eaux soient écoulées et que la tête les suive à souhait et soit avancée au passage, prête de paraître au couronnement sans être ni serrée ni engagée au lieu où elle est, laissant pleine liberté à l'accoucheur de promener sa main tout autour sans lui pouvoir aider... etc... »

Et à l'appui de son dire, de la Motte cite plusieurs observations. Dans la première, pour terminer un accouchement laborieux, il fut obligé d'exercer de fortes tractions sur la tête et d'aller ensuite dégager chaque bras, en introduisant ses doigts sous les aisselles.

Dans une autre occasion, après avoir exercé sur la tête fœtale de nombreuses manœuvres réductrices, il envoya

« Quérir la pince d'un maréchal voisin de la malade dont il se sert pour tenir son fer dans la forge ; j'engageai, dit-il, l'occipital autant que je le pus dans cette pince avec laquelle j'attirai la tête hors du passage qui avait résisté à tout ce que j'avais pu employer pour y parvenir ; je la pris aussitôt et fis tout ce que je pus pour achever l'accouchement : mais j'en fus empêché par la largeur des épaules qui ne résistèrent pas moins à mes efforts qu'avait fait la tête, ce qui m'obligea à donner cette tête à la sage-femme à qui je dis de tirer de son mieux, pendant qu'avec mes doigts que j'avais coulés dessous les aisselles, pour en les tirant les faire avancer au passage, ensuite dégager les bras à quoi je réussis, après quoi je tirai le corps jusqu'aux hanches que je ne pus avoir sans appeler encore une fois la sage-femme à mon secours pour terminer un accouchement que je comptais finir, selon les apparences, avec toute la facilité possible, et que je me vis néanmoins tenté plusieurs fois d'abandonner... etc... »

En outre, Jacquemier, dans son mémoire (page 12) rapporte d'après de la Motte (obs. 451) « l'histoire d'une femme en travail depuis plusieurs jours ; la tête était bien située, très avancée au passage sans pou-

voir être poussée plus loin par les fortes et fréquentes douleurs que cette femme avait souffertes depuis trois jours. L'enfant ayant cessé de vivre, de la Motte ouvrit largement le crâne, enleva la plus grande partie du frontal et des pariétaux, et put saisir à pleine main ce qui restait de la tête. Bien que réduite ainsi, et rapprochée de l'extérieur, il fit tous ses efforts sans pouvoir l'attirer au dehors, ni même l'ébranler malgré la bonne prise de ses mains et des tentatives répétées qui finirent par les faire tomber successivement en paralysie, de manière à ne pouvoir boutonner sa veste ni s'en aider en aucune façon. Le lendemain, débarrassé de sa paralysie, il se rendit de nouveau près de sa malade avec un jeune confrère ; il lui trouva du courage et le pouls assez bon, rien de changé pour le reste en apparence ; il se remit à la besogne, mais, cette fois, avec plus de bonheur ; il put dégager la tête au moyen de deux de ses doigts qu'il coula vers la fourchette et il attira le menton dehors. Le jeune confrère empoigna alors le cou pour tirer le reste du corps ; à quoi tout fort et vigoureux qu'il était il ne put y parvenir s'étant repris par deux et trois fois. Les épaules de l'enfant étaient si grosses que de la Motte ne put les dégager avec ses doigts passés dans l'aisselle en manière de crochets. « Je me joignis, dit-il à mon confrère et nous tirâmes tous deux ensemble si fort que nous parvîmes à en faire l'extraction sans que la tête se séparât du corps. Aussi l'enfant était l'un des plus gros que j'eusse vus ».

Un peu plus tard un accoucheur anglais, Smellie, tenta un essai de classification et sépare nettement les cas de dystocie due à la contraction du col de l'utérus, à des

circulaires, de ceux où le volume des épaules constitue le seul obstacle à la terminaison de l'accouchement.

On lit à la page 397 du Tome II de son ouvrage (1) (article III. *Recueil* XIX) sous le titre : « *Du resserrement de la matrice au devant des épaules, et des épaules accrochées au-dessus des os pubis ou de l'os sacrum* » les lignes suivantes :

« En 1745 j'appris par l'accouchement dont il va être question que les travaux deviennent souvent longs et ennuyeux par la contraction ou le resserrement de la partie inférieure de la matrice au devant des épaules, lorsque les membranes se sont rompues, et que les eaux se sont écoulées trop tôt. Non seulement cette contraction retient le corps de l'enfant, mais encore elle empêche quelquefois les épaules de le détourner du bord supérieur du pubis vers les côtés du bassin où le passage est plus ample ».

Quelques pages plus loin, dans le même Tome II (*Recueil* XXI. Article III), on trouve la relation de cinq accouchements laborieux terminés par Smellie. Dans les trois premiers (Observations I, II, et III) l'obstacle était dû à des circulaires du cordon.

Dans l'observation suivante (obs. IV) l'auteur n'a pas pu se rendre bien compte de la cause de la dystocie ; mais il soupçonne fortement les épaules d'avoir ainsi apporté un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement.

1. Smellie. *Observations sur les accouchements ou suite de la théorie et pratique de cet art*, traduites de l'anglais en français par de Prévile en 1754.

Enfin l'observation V, qui va suivre, est caractéristique. On y trouve nettement décrits l'arrêt des épaules au détroit supérieur, et le procédé de dégagement des bras.

« En 1753 j'assistai à un accouchement qui fut très long à cause de la grosseur du corps qui n'avait pu suivre la tête. J'essayai de dégager doucement les épaules, conformément aux règles que j'ai données pour cet effet dans le premier volume de cet ouvrage ; mais je reconnus à la fin qu'il n'y aurait pas moyen d'en venir à bout sans employer une si grande violence qu'il y aurait beaucoup de danger d'arracher le col et de faire périr l'enfant d'autant plus que les épaules étaient si hautes que je ne pouvais pas atteindre aux aisselles avec mes doigts. Sur ces entrefaites, j'introduisis le crochet mousse, mais je ne pouvais réussir non plus par cet expédient, sans courir les risques de rompre les bras ou au moins de fatiguer beaucoup l'articulation de l'épaule ; et comme la femme avait de fortes douleurs, je pris le parti d'en attendre l'effet, plutôt que de faire aucune violence qui put mettre la vie de l'enfant en danger. En conséquence, avec le secours de trois douleurs, je fis descendre l'épaule jusqu'à l'orifice externe, puis, ayant tourné un des bras dans la cavité de l'os sacrum, le corps suivit et l'enfant vint au monde en vie. Cette expérience confirmée depuis par quelques autres de ce genre, m'a appris qu'il vaut bien mieux attendre l'effet des douleurs du travail, que de faire trop de violence sur le col ».

Le livre de Rœderer (1) contient un passage encore plus

1. Rœderer. *Eléments de l'art. des accouchements*, 1756.

explicite. A la suite d'une observation (obs. IX, p. 479). cet auteur pose d'une façon parfaite les règles pour opérer le dégagement des bras du fœtus lorsque les épaules le retiennent au passage.

Il ajoute : « La situation du visage de l'enfant pouvait me faire connaître que les épaules étaient dans leur situation naturelle. Mais l'obstacle pouvait venir de la largeur ou de la situation transversale des épaules ou de la tuméfaction du bas-ventre ou enfin de la forme monstrueuse du fœtus. Dans tous les cas, je n'avais pas d'autre parti à prendre que de dégager les bras pour amener l'enfant ».

..

L'étude des observations qui précèdent fait voir que les accoucheurs de la première moitié du XVIII^e siècle avaient noté toutes les causes de dystocie qui peuvent gêner l'expulsion du fœtus après l'engagement ou la sortie de la tête. Mais ils n'avaient jamais songé à rechercher le mécanisme de ces complications.

Seul, parmi eux, Levret (1) tenta d'édifier une théorie pathogénique de ces faits. Malgré l'erreur dans laquelle il est tombé, son nom ne mérite pas moins d'être mis en relief à cause de cette tentative.

On trouve à la page 3. Article I^{er} § II de son livre sous le titre :

1. Levret. *Suite des observations sur les causes et les accidents de quelques accouchements laborieux*, 1751.

« *De la cause la plus ordinaire et la moins connue de cet accident* » une observation dont voici l'analyse.

Le 20 août 1743, Levret est appelé auprès d'une primipare de 40 ans en travail depuis 24 heures, assistée par une sage-femme qui, après des essais de réduction du cordon procident des tentatives de version restés vains, avait eu recours à lui.

La malade est en piteux état, et avant que Levret ait commencé tout examen, elle expire devant lui.

Sur la demande du mari, Levret pratique l'opération césarienne, trouve un enfant mort bien conformé, de volume normal. « Son épaule droite était appuyée sur la symphyse des os du pubis, une partie en dedans, l'autre en dehors ; son épaule gauche portait sur la saillie de l'os sacrum ; les omoplates étaient logées dans la cavité de l'os iléon gauche et le reste du corps était couché sur le dos dans la partie latérale gauche de la matrice. Je passai ensuite à l'examen de la tête qui remplissait le vagin, je séparai à cet effet, avec un bistouri, la symphyse des os du pubis. Le visage était tourné du côté droit, l'occiput vers la partie opposée, et le vertex se présentait à la partie la plus basse ; cette tête était livide et contuse, ce qui venait sans doute des imprudentes tentatives qu'on avait faites pour la tirer.

L'on ne peut pas disconvenir, après cette observation, que la difficulté de cet accouchement ne soit venue de la situation latérale et oblique du corps de l'enfant dans la matrice ; c'est cette situation que je considère comme la cause la moins connue de l'accouchement laborieux, dans lequel il est impossible qu'on n'arrache pas la tête, si l'on continue à

faire des efforts pour l'extraction du corps, sans lui avoir fait changer de position ».

Ces dernières lignes donnent une idée exacte de la manière dont Levret interprétait ces faits.

Plus loin il ajoute :

« La situation latérale du corps de l'enfant a échappé au discernement des meilleurs auteurs même à ceux qui sont reconnus pour bons accoucheurs et pour praticiens consommés ».

Puis dans le § III du même article intitulé : « *Méthode pour éviter l'arrachement de la tête de l'enfant* » il s'exprime ainsi :

« Les observations qui font la matière de la section précédente mettent hors de doute que la situation latérale de l'enfant est une suite de la position latérale de son corps, et que cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne l'a pensé..... Dans l'état naturel, peu de temps avant l'enfantement, la matrice est située au milieu du ventre de la femme en sorte que son orifice se présente avant que de se dilater et même de s'émincer, au centre du passage supérieur du bassin, c'est-à-dire à une égale distance de chacune de ses parois. Dans cet état, une ligne droite qui serait tirée de l'ombilic de la mère jusqu'à son coccyx, passerait par le fond et le milieu de la matrice aussi bien que par le milieu de son orifice et elle servirait d'axe à cet organe et à l'enfant qui y serait contenu.

Suivant cet exposé, qui est conforme aux observations fai-

tes sur la pratique journalière des accouchements naturels si quelqu'une de ces conditions manque, l'accouchement deviendra difficile à proportion que la déviation de cette ligne sera plus ou moins grande, toutes choses étant néanmoins d'ailleurs égales entre elles.

Si on réfléchit sur les connaissances que la statique fournit et qu'on applique ces connaissances aux divers états où peuvent être la matrice et le fœtus, on connaîtra que sitôt que le centre de gravité du corps de l'enfant, ne répondra pas suivant une ligne droite et directe à celui du milieu du vide du bassin, l'orifice de la matrice sera en même temps déplacé et inégalement comprimé. Nous apprendrons par son déplacement de quel côté est portée la matrice dans le ventre de la mère et par le degré de sa déviation, celle du corps de l'enfant. L'effet de l'inégale compression que souffrira le sphincter de la matrice viendra à l'appui du jugement qu'on aura alors à faire ; car il s'émincra le plus du côté qui sera le plus comprimé, et il se dilatera irrégulièrement de manière qu'au lieu de conserver la figure circulaire qui lui devient alors naturelle, il en prendra une ovalaire ou elliptique dont la partie la plus mince sera la plus proche de la paroi du bassin où la ligne pondérante l'aura poussé. Ainsi dans notre cas, en supposant, par exemple, l'enfant couché obliquement de bas en haut, sur le dos, dans l'hypocondre droit de la mère, l'orifice sera dans le même temps poussé du côté gauche et plus émincé, surtout au moment de la douleur.

Si les choses dans le progrès du travail restent constamment dans cette direction, on peut être moralement assuré de la position du corps de l'enfant et si l'on voit que c'est le

sommet de la tête qui s'avance le premier, la certitude en devient physique.

Je fus appelé le 27 mars 1747 pour donner mon avis dans un accouchement où les douleurs n'opéraient presque rien ; je touchai l'orifice, et l'ayant reconnu dans la disposition que je viens d'exposer, je fis le pronostic qu'on crut imaginaire, mais que l'effet confirma, malheureusement pour la mère et l'enfant, qui furent, à quelques égards, les victimes de l'ignorance présomptueuse.

Les connaissances que j'ai acquises sur des cas pareils me détermineront toujours à rompre les membranes et à aller chercher les pieds pour terminer l'accouchement par cette voie. C'est un vrai coup de maître dont tout indique la nécessité ; il est fondé sur la raison et sur l'expérience et il est d'une conséquence infinie pour la mère et pour l'enfant. Si au contraire on est appelé trop tard et si la tête de l'enfant est tout à fait dans le vagin, il faudra bien se donner garde de lui tourner la tête pour tacher de la réduire, car on lui tordrait le col..... etc. ».

∴

Les idées de Levret sont erronées et la méthode de traitement qu'il propose, la version, basée sur une conception fausse, ne donne aucun bon résultat en pratique ; elle laisse subsister la difficulté qui réside dans l'excès de volume des épaules et non pas dans la situation latérale du corps de l'enfant. Or le passage des épaules à travers le bassin est aussi pénible, que la tête soit première ou dernière.

Aussi n'est-il pas surprenant que les vues de cet auteur

n'aient point été partagées par ses contemporains et ses successeurs immédiats. Il s'opéra même après lui une réaction et la question au lieu de progresser vers une solution définitive fit un pas en arrière. C'est ainsi que les livres d'accouchements postérieurs à Levret en arrivent à nier la réalité de la dystocie par excès de volume des épaules.

Lisez Gardien (1). Il dit au Tome III de son ouvrage, page 119 :

« *De la manière d'extraire le tronc lorsque la tête a été décollée, ou dans le cas de volume extraordinaire du tronc.* »

« La putréfaction de l'enfant, sa conformation monstrueuse, un épanchement considérable d'eau, soit dans la poitrine, soit dans l'abdomen, peuvent faire que la tête se sépare du tronc quand on tire avec violence sur cette partie pour surmonter la résistance qu'elle offre ».

De la dystocie par excès de volume des épaules, il n'en est pas question.

Baudelocque dans ses *Principes sur l'art des accouchements*, édition de 1837, semble ignorer complètement l'existence de ces faits et n'en fait pas la moindre mention.

Dans le *Traité d'accouchements de Velpeau*, paru en 1835, voici ce qu'on trouve au chapitre :

« *De la dystocie par excès de volume du fœtus* » :

1. Gardien. *Traité complet des accouchements et des maladies des filles des femmes et des enfants*, 1816.

« On admet encore moins avec cet auteur (Peu. *Pratique des accouchements*, page 839) que l'enfant puisse se prendre le cou entre les bras ou les cuisses de manière à se faire suffoquer ; de même on ne pense plus à l'arrêt des épaules au détroit supérieur comme cause de dystocie, ou à l'étranglement du fœtus comme cause de dystocie, ou à l'étranglement du fœtus par le resserrement du col utérin, etc. »

∴

C'est depuis 1851 seulement que nous avons une notion exacte de la dystocie due au volume excessif de la poitrine et des épaules. Cette année même, Jacquemier lut en séance à l'Académie de Médecine un mémoire intitulé : « *Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique* ».

Il le publia ensuite en 1860 dans les nos 40, 41 et 43 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et le fit éditer également sous forme d'opuscule.

Dans ce travail, véritable chef-d'œuvre, Jacquemier recherche dans l'analyse de nombreuses observations personnelles ou empruntées à ses devanciers, la démonstration des deux propositions suivantes :

« 1° Qu'il faut définitivement ranger parmi les causes de dystocie qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve, le volume trop considérable des épaules et de la partie supérieure du tronc retenues à l'entrée du bassin.

2° Qu'on est tombé dans un optimisme faux et d'autant plus dangereux qu'il éloigne toute défiance et laisse les jeunes praticiens désarmés en face de dangers menaçants pour la mère et l'enfant, en considérant d'abord en théorie comme constante, une loi qui n'est vraie que d'une manière générale, savoir : que, lorsque la tête du fœtus a frayé la voie dans le canal destiné à son passage, le reste du corps suit sans peine immédiatement ou après quelques instants de repos ; et en enseignant ensuite en pratique, que si le temps de repos après la sortie de la tête se prolonge de manière à devenir menaçant pour l'enfant il suffit d'une légère traction sur le cou, ou mieux sur les aisselles avec les doigts indicateurs recourbés en crochets, pour triompher de la résistance ».

Ce qui peut se résumer en ces mots : Où la tête passe librement, les épaules et le tronc peuvent ne pas passer.

La dystocie par excès de volume des épaules, continue Jacquemier, pour être assez rare, n'en existe pas moins ; ce qui la rend digne d'attention, c'est sa gravité extrême. Le pronostic est sombre pour la mère et pour l'enfant, ainsi qu'il résulte du relevé statistique des 26 observations rapportées par Jacquemier.

L'arrêt des épaules après l'engagement de la tête peut provenir :

1° D'un excès de volume isolé des épaules et de la poitrine ;

2° Dans d'autres cas, à l'ampleur exagérée du diamètre bisacromial, vient s'ajouter une étroitesse du bassin, que la filière pelvi-génitale soit simplement petite, ou qu'elle soit même légèrement rétrécie, mais assez grande

cependant pour permettre le passage préalable de la tête ;

3° On pourrait rattacher à cette division une foule d'observations où le rétrécissement du bassin est tel que la craniotomie devient nécessaire. Mais Jacquemier néglige ces cas, puisqu'il s'est imposé l'obligation de n'étudier que les faits exceptionnels qui contredisent la loi généralement vraie : Où la tête passe, passeront les épaules et le tronc ;

4° On peut encore se trouver en présence de fœtus macérés ou d'anencéphales.

5° Après la sortie de la tête, l'arrêt des épaules peut encore être dû à une rétraction spasmodique du sphincter utérin ;

6° Il peut arriver aussi, que l'utérus fatigué par la longueur de la période d'expulsion du sommet, tombe dans l'inertie, et que l'interruption du travail n'ait pas d'autre cause ;

7° Les parties molles de la mère, le périnée, un léger rétrécissement du détroit inférieur peuvent offrir une résistance telle que la progression du fœtus en soit gênée.

Jacquemier, ne recherche dans son mémoire, que les faits où la cause de la dystocie uniquement constituée par l'excès de volume des épaules, se montre dans toute sa pureté.

Le corps du fœtus présente dans cette circonstance une conformation particulière. On est de prime abord frappé de la prédominance du volume de certaines parties sur d'autres, du tronc sur la tête, au lieu que chez les fœtus normaux, c'est la tête qui est plus grosse que

le tronc. Chez les fœtus qui nous occupent, la tête bien que très grosse, est plus petite que le tronc, et ces enfants ressemblent à de jeunes athlètes. Leurs articulations sont très serrées ; le tronc est peu flexible et s'accommode mal aux courbures de la filière pelvienne. C'est par la prédominance du volume de la poitrine sur la capacité du bassin que les fœtus trop développés sont retenus par les épaules au détroit supérieur ou dans les parties du canal pelvien où ses parois commencent à converger en dedans, plutôt que par une position du fœtus qui maintiendrait les épaules accrochées ou enclavées entre le promontoire et les pubis. Dans tous les cas observés par Jacquemier les épaules étaient placées en diagonale dans le bassin et non pas en position directe comme le croyait Levret. Cette position des épaules persiste même lorsque la tête est dégagée. Levret est dans l'erreur quand il considère comme cause de dystocie la position latérale et oblique du corps de l'enfant dans la matrice.

Quand on sera bien certain que l'obstacle à l'accouchement ne réside pas dans une étroitesse du bassin, ou dans la résistance trop grande des parties molles, quand les efforts de la femme seront longs et soutenus, et qu'une tentative de forceps sera restée sans résultat, il faudra fortement soupçonner que la dystocie vient des épaules, surtout si la tête se montre étroitement appliquée sur la vulve.

Dans les occipito-antérieures, on pourra corriger l'obliquité trop prononcée des épaules de façon à permettre à la tête de s'avancer sans déplacement du tronc et de se dégager complètement. Mais dans les occipito-pos-

térieures, le fœtus doit se mobiliser en totalité pour laisser l'occiput se placer sous le pubis. Dans ce dernier cas, la tête ne se dégagera pas et restera dans l'excavation.

Quelle est la conduite à tenir dans ces deux cas : 1° Quand les épaules arrêtées au détroit supérieur retiennent la tête au fond de l'excavation, ou plus ou moins engagée dans le bassin, on se gardera d'imiter la conduite de Levret, basée sur une fausse interprétation du mécanisme de la dystocie.

Pour Jacquemier, le mieux est d'appliquer le forceps tout d'abord ; cet instrument est le plus souvent insuffisant ; les tractions exercées par son moyen ont pu produire une mort immédiate par élongation de la moëlle, ce qui le fait rejeter d'emblée par certains auteurs ; mais Jacquemier prouve théoriquement que l'usage du forceps n'est pas si mauvais qu'on le dit.

Si le forceps est impuissant, que faire ? A ce moment, le fœtus est dans un état précaire. Attendre, c'est exposer la mère. Mieux vaut sacrifier de suite le fœtus, pratiquer la craniotomie, facile à exécuter dans la situation où se trouve la tête, et transformer le fœtus en un anencéphale ; puis dégager les bras et tirer sur eux. Si ces moyens sont encore insuffisants, faire l'embryotomie sur le tronc.

2° Quand la tête est déjà dégagée et que la rotation des épaules ne se fait pas, éviter les tractions sur la tête, exciter l'utérus s'il est fatigué, et attendre, tant que l'enfant ne souffre pas.

Si l'on compare entre elles ces différentes méthodes on voit que les tractions sur la tête occupent le premier rang. Mais elles ne sont ainsi placées que comme moyen préa-

lable pour exécuter d'autres manœuvres, pour soulever la tête collée contre le périnée. Leur danger pour le fœtus n'est pas aussi grand qu'on l'a dit, quand elles sont bien pratiquées : et l'on n'a pas à redouter d'élongation de la moelle tant que le rachis ne cède pas. Elles sont d'ailleurs très faciles à exercer ; la tête offre une prise large et résistante ; on n'a point à craindre de l'arracher, si on se garde d'imprimer au cou un mouvement de torsion.

Mais cette méthode est mauvaise étant donné la conformation naturelle de la poitrine du fœtus dont les diamètres transversaux sont de plus en plus larges de haut en bas. De sorte que les tractions ne font qu'augmenter la difficulté.

On obtient un résultat contraire par des tractions sur les aisselles avec les mains, et par le relèvement des épaules. Ces tractions ne sont pas dangereuses et elles ont cet avantage de diminuer le diamètre bisacromial en portant les épaules sur des diamètres thoraciques de plus en plus petits. Mais les doigts sont rarement suffisants. Il faut alors introduire la main entière et aller saisir le bras à pleine main. On pourrait se servir de crochets pour tirer sur les aisselles, mais ces tractions sont dangereuses pour l'enfant vivant.

Le moyen idéal, c'est le dégagement des bras suivi de tractions. Ce procédé employé déjà par de la Motte et Mauriceau consiste à dégager successivement les deux membres supérieurs en attirant d'abord les bras sur le devant de la poitrine. On diminue le diamètre thoracique de toute l'épaisseur des bras.

Enfin, il est quelquefois nécessaire de recourir à l'em-

bryotomie, souvent même il est préférable d'y recourir, quand l'état de la femme inspire des craintes. Il faut alors enlever les épaules, les omoplates et les clavicules. Si cela ne suffit pas, on se servira de crochets ou l'on appliquera le céphalotribe sur la poitrine en évitant que les esquilles osseuses blessent la mère. On pourrait encore réséquer le sternum et les articulations chondro-costales.

Tel est en résumé le mémoire de Jacquemier qui fait époque dans l'art des accouchements.

En 1857, le même auteur publia encore dans la *Gazette hebdomadaire* deux observations concernant des faits analogues à ceux que nous avons exposés.

Quelque temps avant, vers 1850, Hohl, dans le nouveau Journal d'accouchements et de maladies des femmes, (tome XX, pages 92 et suivantes) cite un certain nombre de faits où l'on a pratiqué la craniotomie pour de prétendus excès de volume de la tête fœtale, alors que tout porte à croire qu'il ne s'agissait dans ces observations que de fœtus ayant les épaules trop larges.

Dans le tome VIII du même journal, à la page 410, Adelman rapporta un cas de dystocie survenu chez une multipare ayant eu auparavant trois accouchements spontanés. Le quatrième enfant présentait un diamètre bisacromial tellement exagéré que pendant l'extraction, les deux épaules se trouvèrent en contact en avant, et le sternum rapproché de la colonne vertébrale.

Stoltz a publié en 1857 dans la *Gazette médicale* de Strasbourg, sous le titre de « fœtus monstrueux » un fait analogue où il fut obligé de pratiquer l'éviscération ; l'enfant pesait 5600 grammes.

Dans le *Moniteur des Hôpitaux* de la même année on trouve une observation de cette nature due à Silbert d'Aix, qui, malgré deux tentatives de forceps et un essai de version ne put retirer un fœtus de 7 kilos. La femme mourut non délivrée.

Les conclusions de Jacquemier furent, sans discussion, adoptées par tous les accoucheurs ; les ouvrages postérieurs à son mémoire sont unanimes à reconnaître le mérite de cet auteur. A signaler : la thèse d'agrégation du Dr Joulin en 1863 ; les divers traités classiques sur l'art des accouchements, celui de Joulin, celui de Cazeaux datant tous deux de 1867 ; un travail de Stoltz (article *Dystocie du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*) en 1870 ; un article très complet du Dr Lizé du Mans, publié en 1880 dans les *Annales de gynécologie* sous ce titre : « *Recherches sur les différents obstacles qui retiennent le fœtus quand sa tête seule ou suivie d'une partie du tronc a franchi l'orifice vulvaire pendant l'accouchement.* » Enfin, une bonne thèse soutenue en 1887 par le Dr Desmontils devant la Faculté de Bordeaux, sur la dystocie par excès de volume des épaules.

∴

L'accord universel semblait être fait sur ce point, et la question de la dystocie par excès de volume des épaules était définitivement classée, lorsqu'une discussion scientifique survenue au sein de la Société obstétricale à la séance du 23 juillet 1887 la remit sur le tapis. Il ne s'a-

gissait pas à vrai dire de réfuter les idées préexistantes sur ce point, mais plutôt de tirer au clair une question de priorité au sujet d'une manœuvre exécutée pour la première fois par M. Ribemont-Dessaignes dans certains cas de dystocie par excès de volume des épaules, et baptisée pour cette raison par M. le Professeur Pinard : manœuvre de Ribemont-Dessaignes.

On tenterait vainement d'exposer ce débat avec une clarté et une concision plus grandes que ne l'a fait M. Pinard dans les *Annales de Gynécologie* de 1888. Tome 29, page 161. Aussi n'hésitons-nous pas à citer in extenso cet article intitulé.

« *A propos de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes* ».

On y trouvera côte à côte les pièces de l'accusation et de la défense.

En 1884 (1), j'ai publié dans les *Annales* un mémoire sur le basiotribe Tarnier. Ce travail avait pour but de faire connaître les résultats expérimentaux et cliniques fournis par cet admirable instrument.

En relatant un certain nombre d'expériences, je crus devoir mettre en relief une manœuvre permettant, la tête étant broyée, et les épaules retenues au-dessus du détroit supérieur, d'abaisser le tronc sans nouvelle opération.

J'ai appelé cette manœuvre : manœuvre de Ribemont-Dessaignes, car c'est pendant nos recherches sur le passage du tronc dans les rétrécissements extrêmes, que mon collègue et ami a reconnu que l'abaissement méthodique et systémati-

1. Voir, *Annales de Gynécologie*, nov. 1884 et janvier 1885.

qué d'un ou des deux bras permet d'extraire facilement le tronc.

En 1886 (1), M. Ribemont-Dessaignes dans un travail intitulé : *Notes sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie* », appela à nouveau l'attention des accoucheurs sur cette manœuvre, et publia six nouvelles observations de basiotripsies faites par lui ou par moi et dans lesquelles l'abaissement des bras nous avait permis d'extraire facilement le tronc.

Or, à la séance de la Société obstétricale du 23 juillet 1887, mes deux collègues MM. les D^{rs} Bailly et Guéniot réclamèrent l'antériorité à propos de cette méthode.

M. Ribemont-Dessaignes répondit dans ce journal (2), en s'efforçant de démontrer que la manœuvre qui porte son nom diffère absolument comme indication et manuel opératoire, de celle qui fut pratiquée par MM. Bailly et Guéniot.

Il fut mal compris encore, car à la séance de la Société obstétricale du 12 janvier 1888 (3) M. Bailly fit la communication suivante : « Je m'étais fait inscrire pour la lecture d'une réclamation tendant à établir que j'avais le premier décrit la manœuvre qui consiste à dégager d'abord les bras pour faciliter l'extraction du tronc dans les cas de dystocie causée par l'excès de volume absolu ou relatif du fœtus. Cette lecture est inutile aujourd'hui. Cette manœuvre a été conseillée par Mauriceau, pratiquée deux fois par de la Motte, et Jacquemier l'a très complètement décrite avec ses indications, dans un mémoire inséré dans la *Gazette hebdomaire*, année

1. Voir, *Annales de Gynecologie*, août 1886.

2. Voir. *Annales de Gynecologie*, 1887.

3. Voir *Bulletin médical*, 25 janvier 1888.

1860; son travail n'a même d'autre but que de signaler les avantages de l'opération et de la bien faire connaître; ainsi, la question me paraît définitivement jugée. Le mérite d'avoir bien constitué la manœuvre en question appartient incontestablement à Jacquemier. Ni M. Guéniot, ni M. Ribemont-Dessaignes, ni moi, n'avons rien à prétendre dans l'invention première ». Ces lignes témoignent de la façon la plus nette que M. Bailly continue à croire identiques la manœuvre conseillée par Jacquemier et celle de Ribemont-Dessaignes.

Et cette confusion tend naturellement à faire croire qu'en donnant le nom de Ribemont-Dessaignes à une manœuvre décrite, conseillée et pratiquée par Jacquemier, j'ignorais le travail de ce dernier.

Ce n'est point pour me justifier que j'écris ces lignes, mais pour démontrer une fois de plus après mon collègue, que la méthode de Jacquemier et celle de Ribemont-Dessaignes sont absolument différentes.

Que la manœuvre que MM. Bailly et Guéniot croient avoir été les premiers à employer et à recommander soit la même que celle que Jacquemier a préconisée, que de la Motte a employée, que Mauriceau a conseillée, je n'y contredis pas, j'en suis même tout à fait convaincu. Mais en l'assimilant à la manœuvre de Ribemont-Dessaignes on commet une erreur contre laquelle je tiens à protester.

Je connaissais l'important travail de Jacquemier à l'époque où nous faisons nos recherches sur le passage du tronc dans les bassins rétrécis. Si j'ai appelé manœuvre de Ribemont-Dessaignes le procédé qui permet de dégager le tronc sans opération, même dans les rétrécissements extrêmes,

c'est en connaissance de cause ; je vais essayer de le prouver.

Dans son remarquable mémoire (*Du volume de la poitrine et des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique*). Jacquemier cherche à établir les deux propositions suivantes :

1° Qu'il faut définitivement ranger parmi les causes de dystocie qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit supérieur à la vulve, le volume trop considérable des épaules et de la partie supérieure du tronc retenues à l'entrée du bassin ;

2° Qu'on est tombé dans un optimisme faux et d'autant plus dangereux qu'il éloigne toute défiance et laisse les jeunes praticiens désarmés en face de dangers menaçants pour la mère et l'enfant en considérant d'abord en théorie comme constante, une loi qui n'est vraie que d'une manière générale savoir : que lorsque la tête du fœtus a frayé la voie dans le canal destiné à son passage le reste du corps suit sans peine ou après quelques instants de repos, etc.,.

Voilà le grand mérite de Jacquemier, voilà ce qu'il a mis en relief, ce qu'il a établi par des faits précis : Là où la tête du fœtus a frayé la voie, le reste du corps ne passe pas sans difficulté.

Puis il discute ce qu'il y a à faire lorsque la tête est arrêtée au fond de l'excavation, au niveau du détroit inférieur, à la vulve. Il donne des conseils très sages, il dicte une conduite très prudente, destinés à sauver l'enfant ; application de forceps quand la tête est dans l'excavation, tractions sur les aisselles, dégagement successif des bras ensuite.

Mais son but, il le répète sans cesse, est d'étudier « à l'état de pureté » cette cause de dystocie, à savoir : l'exagération du volume des épaules, la tête ayant franchi le détroit supérieur et l'enfant étant vivant.

Que dit-il en effet des rétrécissements du bassin ? Voici ce qu'il en pense : « Il va sans dire que le volume des épaules est absolument étranger à l'arrêt de la tête à l'entrée du bassin, et, dans les difficultés ultérieures, il est juste de faire la part qui appartient au bassin sensiblement réduit dans ses dimensions. Il nous suffira de faire remarquer que même dans les cas de rétrécissements et de déformations du bassin qui exigent la réduction du volume de la tête, il est généralement facile d'entraîner le tronc au dehors, à moins que le développement du fœtus ne soit très considérable ». (Jacquemier, page 10). Il est facile de voir que Jacquemier n'avait pas pratiqué beaucoup de céphalotripsies dans des rétrécissements extrêmes. Ce qui prouve définitivement qu'il ne connaissait pas la meilleure conduite à tenir dans les rétrécissements extrêmes du bassin, c'est qu'il termine son travail par ces lignes : « Il n'est pas douteux que l'embryotomie ne soit quelquefois nécessaire pour briser l'obstacle formé par la poitrine et les épaules. Dans plusieurs des observations que j'ai rapportées, il est certain qu'il eût été préférable d'y avoir recours, et qu'on eût peut-être sauvé les femmes, plutôt que de s'obstiner à tirer sur le cou jusqu'à sa rupture qui est arrivée 3 fois sur les 26 observations que j'ai analysées, ou jusqu'à ce que la mort de la mère s'ensuivit. On ne saurait trop se pénétrer de l'idée que les tractions sur la tête sont un procédé détestable dès l'instant que la disproportion entre le volume de la poitrine et la capacité du

passage est un peu considérable, disproportion qui ne fait qu'augmenter par l'abaissement forcé des épaules sous l'influence des tractions croissantes. Bien que l'embryotomie appliquée à la poitrine ne rentre pas dans la classe des opérations réglées et que le cas détermine souvent le procédé, je dois cependant faire remarquer qu'il importe beaucoup d'enlever les épaules y compris les omoplates et les clavicales et de tenter l'extraction après cette opération préliminaire. Si l'on était forcé d'aller plus loin, il ne faudrait pas perdre de vue que les crochets, le céphalotribe surtout, peuvent avoir pour effet la fracture de plusieurs côtes à leur partie moyenne et que les fragments peuvent former des pointes aiguës capables non seulement de percer la peau qui les recouvre mais encore de s'implanter profondément dans les tissus de la mère. On éviterait ce danger en enlevant le sternum, après avoir divisé les cartilages costaux sur les bords ».

Et cette conduite conseillée par Jacquemier n'était-elle pas recommandée par tous les auteurs classiques? Tous ou à peu près enseignaient que dans les rétrécissements du bassin le tronc passe facilement après le broiement de la tête, ou bien que si l'on y rencontre des difficultés il faut broyer le tronc.

Cependant des opérateurs habiles étaient sur la voie. Le professeur Pajot dans son mémoire (*De la céphalotripsie répétée sans tractions ou méthode pour accoucher les femmes dans les rétrécissements extrêmes du bassin*), publie six observations de céphalotripsie dans les rétrécissements extrêmes. Or, que voyons-nous à propos des épaules? Deux fois les épaules sortirent facilement, mais, dit Pajot, les enfants étaient petits. Une fois il fallut appliquer le crochet mousse

sur les épaules. Deux fois on fut obligé d'aller chercher le bras et on appliqua le céphalotribe sur le tronc. Une fois on fit deux applications de céphalotribe sur le tronc après la section du cou.

Le professeur Tarnier dit (*In Atlas compl. de tous les traités d'accouchements*, par Lenoir, M. Sée et Tarnier), à propos de la céphalotripsie : « Quelle que soit la méthode suivie, quand la tête a franchi la vulve, il suffit ordinairement de faire quelques tractions sur elle pour dégager le tronc ; mais celle-ci résiste quelquefois, la tête écrasée offre d'ailleurs une prise peu solide et il devient souvent utile de placer un lacs sur le cou de l'enfant, de chercher à dégager les bras au dehors tant pour diminuer les épaules que pour servir de moyen de traction. Quand toutes ces manœuvres sont insuffisantes, on introduit de nouveau le céphalotribe pour broyer le thorax, et il est rare que une ou deux applications n'amènent pas le résultat désiré ».

Ces deux maîtres connaissaient cependant le mémoire de Jacquemier. Pourquoi donc n'y font-ils pas allusion, eux qui connaissaient les difficultés d'extraction du tronc après la céphalotripsie dans les rétrécissements extrêmes ? Va-t-on aussi les accuser de plagiat parce qu'ils ont parlé du dégagement des bras sans parler de Jacquemier ? N'est-ce pas la preuve la plus éclatante que le travail de Jacquemier et les moyens qu'il propose et conseille n'étaient pas faits et donnés en vue d'extraire le tronc dans les rétrécissements du bassin ?

Et si quelqu'un était autorisé à réclamer à propos de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, ce serait le professeur Pajot qui, dans deux cas, a été à la recherche d'un bras, et le

professeur Tarnier qui conseille « de chercher à dégager les bras en dehors tant pour diminuer le volume des épaules que pour servir de moyen de traction ».

Ils n'ont pas réclamé, parce qu'ils ont compris, eux, que le procédé de Ribemont était, non pas seulement un procédé, mais bien une méthode, une opération bien réglée.

Que d'accoucheurs ont cherché à dégager les bras et ont tiré dessus pour faciliter l'extraction du tronc, dans les accouchements difficiles ou les rétrécissements du bassin? Sont-ils pour cela autorisés à réclamer? Nullement.

Car M. Ribemont-Dessaignes, après ses expériences, est venu dire : quand, dans les rétrécissements extrêmes, la tête est broyée, si après de légères tractions les épaules ne s'engagent pas dans l'excavation, il faut aller dégager successivement les deux bras, et, exerçant des tractions simultanées sur le cou et sur les deux bras, le tronc passera.

Il indique le procédé qui donne la possibilité de dégager toujours les deux bras, même dans un bassin de 4 centimètres.

Qui avait dit cela avant lui? Qui l'avait prouvé par des expériences?

La clinique vient-elle confirmer ces assertions? Neuf de nos observations sont publiées. Dans toutes, cette manœuvre a réussi. J'ai depuis ces observations, pratiqué deux basiotripsies dans des bassins de 6 centimètres et sur de gros enfants. Cette méthode m'a également donné un plein succès.

Est-ce que cette méthode n'est pas préférable à la section

1. Voy. *Annales de Gynécologie*, nov. 1887, page 344.

successive des deux bras et des clavicules et des omoplates que préconisait Jacquemier, au broiement du tronc que conseillaient les classiques, à la version après le broiement de la tête que conseillait Bertin?

Il y a quelques années, en face d'un rétrécissement extrême et d'un enfant à terme, nous nous demandions avec angoisse au début de l'opération comment cela finirait.

Aujourd'hui nous abordons l'opération avec calme et assurance.

Le basiotribe nous permet de broyer la tête avec autant de facilité que de précision. Je suis autorisé, je pense, à employer ces termes, après avoir pratiqué 34 fois la basiotripsie sur la femme vivante.

La tête broyée, si les épaules ne suivent pas la tête, la manœuvre de Ribemont-Dessaigues nous permet d'extraire facilement le tronc.

Le permet-elle toujours? Oui, répondrons-nous, si le fœtus est mort depuis peu de temps ou s'il est bien conformé. Elle peut être insuffisante, si le fœtus est macéré, emphysémateux, oedématié ou mal conformé.

Ainsi le 19 janvier 1884 on apportait à la Clinique une femme en travail depuis la veille et chez laquelle la tête et les deux bras de l'enfant étaient pendants en dehors des parties génitales. Deux médecins de la ville, après avoir dégagé les bras (encore deux qui pouvaient réclamer) avaient tiré sur la tête et les deux bras et n'avaient pas dégagé le tronc. Voyant que le cou allait se rompre, et les bras se détacher, ils envoyèrent cette femme à la Clinique.

Le professeur Pajot pensa immédiatement qu'il devait y avoir une tumeur abdominale, prit un trocart, et le plongea

dans l'abdomen de l'enfant ; il en sortit une grande quantité de liquide et le tronc fut expulsé immédiatement après.

Mais hors ces cas exceptionnels, nous répétons que la manœuvre de Ribemont-Dessaigues suffira pour dégager le tronc et que si elle ne suffit pas on devra immédiatement songer à l'un des cas que nous venons de signaler.

Pour terminer, nous dirons : si Jacquemier nous a démontré que là où la tête a passé, le tronc ne passe pas toujours, M. Ribemont-Dessaigues nous a démontré que là où les épaules passent, le tronc passe toujours, et il nous a donné le moyen de faire passer les épaules.

Notre intention n'est point de renouveler ce débat, et d'ailleurs, nous n'aurions aucune autorité pour le faire. La manœuvre de Ribemont-Dessaigues a été exposée par l'auteur lui-même dans les *Annales de Gynécologie*, tome XXVI, p. 81, année 1886. Elle a fait en outre le sujet d'une thèse estimable soutenue en 1891 par un de ses élèves Ed. Vilpelle (1), devant la Faculté de Paris.

∴

M. le Dr Bonnaire, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, a publié dernièrement dans la *Presse Médicale* (2) au sujet de « la réduction du volume des épaules dans l'accouchement dystocique » un article magistral qui donne à cette question un regain d'actualité.

1. Ed. Vilpelle. Thèse de Paris, 1891. *Conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules*.

2. *Presse Médicale*, VIII^e année, n^o 21. Tome I, 14 mars 1900.

Dans ce travail, dont on ne saurait trop louer l'ordonnance parfaite et la minutieuse correction, l'auteur analyse les divers mécanismes suivant lesquels les épaules peuvent créer un élément de dystocie, fait un examen rapide des manœuvres classiques indiquées pour chaque cas particulier ; puis, appuyant son opinion sur quatre observations personnelles, il se déclare partisan de deux nouveaux procédés de réduction des épaules ; la cléidotomie et la sus-acromiotomie.

« En présence de l'un de ces deux éléments de dystocie, (contracture du col et bassin généralement rétréci), dit M. Bonnaire, l'enfant ayant succombé, on doit chercher à obtenir un complément de réduction dans le volume des épaules, et c'est ainsi qu'on a été amené à pratiquer la section des clavicules ».

« Tel est le point de départ de l'opération qui a été préconisée en 1894 par Phœnomenoff sous le nom de cleidotomie. »

Après le travail de M. Bonnaire, nous citerons la thèse d'un de ses élèves, le Dr Attaix (1). Elle est la traduction fidèle des idées du maître.

Nous signalerons enfin une courte notice sur la clavicotomie publiée par le Dr Giuliano Perondi de Florence dans l'*Indépendance médicale* du 9 mai 1900, n° 19, VI année.

Fait curieux : Le Dr Perondi semble ignorer complète-

1. Attaix. Thèse de Paris, 1900.

ment le travail antérieur de M. Bonnaire et cependant les deux auteurs arrivent aux mêmes conclusions.

Malgré ses faibles proportions, cet article présente ce double mérite : il constitue immédiatement avant notre thèse, la publication la plus récente sur la question ; d'autre part, il nous a fourni sur l'histoire de la cleidotomie, un document assez important, que nous utiliserons bientôt.

∴

Telles sont les différentes étapes parcourues à travers les âges, et les vicissitudes éprouvées par la question de la dystocie par excès de volume des épaules et de la poitrine dans l'accouchement par le sommet.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

§ I. — Afin de bien limiter notre sujet et de circonscrire exactement le point sur lequel portera notre discussion, il nous paraît avantageux, avant d'aller plus loin, de classer les modalités cliniques de la dystocie par excès de volume des épaules.

Adoptant la division proposée par Vilpelle, nous ne pouvons mieux faire que citer cette partie de sa thèse :

« L'obstacle apporte, par les épaules à la terminaison de l'accouchement peut se faire sentir dans deux cas bien distincts :

1° La tête est arrêtée dans sa progression par les épaules qui sont retenues au détroit supérieur ; elle reste dans l'excavation et ne se dégage pas.

2° La tête a franchi l'orifice vulvaire spontanément ou artificiellement, et les épaules ne se dégagent pas ».

Dans ces deux alternatives il faut encore admettre deux

subdivisions : 1^o le fœtus est encore vivant ; 2^o ou bien il est mort.

Si les bruits du cœur fœtal sont encore perceptibles, la thérapeutique sera conservatrice et l'accoucheur s'efforcera de sauvegarder les jours et de la mère et de l'enfant.

Mais quand la circulation fœto-placentaire est manifestement interrompue, la part de l'enfant dans le pronostic devient nulle ; tous les efforts doivent tendre à adoucir pour la mère la période d'expulsion, et à causer chez elle le minimum de traumatisme.

En résumé, dans un accouchement par le sommet, le fœtus étant mort, la tête dégagée spontanément ou artificiellement, mais les épaules s'opposant par l'excès de leur volume à la terminaison naturelle de l'accouchement, comment faudra-t-il intervenir ? Quelles sont les méthodes usitées ? Quelle est la plus simple et la meilleure à notre avis ? C'est ce que nous allons exposer.

∴

§ II. — Si nous envisageons dans une revue d'ensemble les différents moyens proposés pour extraire le fœtus dans les cas d'excès de volume des épaules, nous voyons qu'ils se résument en ceux-ci :

1^o Application de forceps sur la tête retenue dans l'excavation.

2^o Céphalotripsie suivie du dégagement des épaules ;

3^o Tractions sur la tête dégagée hors de la vulve ;

4^o Tractions sur les aisselles avec les doigts recourbés ou avec un crochet mousse, la tête étant dégagée ;

5° Dégagement successif des épaules suivi de tractions sur les bras ;

6° Application de forceps sur la poitrine ;

7° Eviscération ;

8° Cléidotomie et sus-acromiotomie.

Jacquemier, dans son mémoire, a comparé entre eux ces divers procédés. Inutile d'y insister. Le dernier seul lui a échappé ; nous le réserverons pour en discuter les avantages et les inconvénients et les opposer à ceux de la méthode que nous proposons.

« La cléidotomie, ou la sus-acromiotomie, dit M. Bonnaire, en raison de la simplicité de leur manuel opératoire et de leur innocuité pour la femme, s'imposent, comme le complément de l'embryotomie céphalique, pour peu que les épaules ne viennent pas aisément au dehors... »

« La cléidotomie a été pratiquée pour la première fois par Phœnomenoff (1) sur une IV pare de vingt-neuf ans, à bassin vicié, au cours de l'extraction d'un fœtus mort qui pesait 5300 grammes. »

Nous nous permettons de relever cette erreur, afin d'attribuer en toute justice, la priorité de cette opération à un médecin italien, le Dr Fornari Frederico, qui pratiqua le 9 octobre 1877, dans un cas de dystocie par excès de volume des épaules la clavicotomie (cléidotomie) combinée à la double brachiotomie (sus-acromiotomie).

Nous trouvons une preuve indiscutable de ce fait, dans

1. Phœnomenoff. *Centralb. für Gynæk*, 1895 n° 22.

la note du Dr Perondi que nous avons signalée tout à l'heure ; nous en extrayons ce qui suit :

« Dans les cas de dystocie due au volume exagéré des épaules, lorsque l'expression à la Kristeller, l'uncination (digitale ou instrumentale), l'abaissement d'un ou des deux bras, le forceps, ont échoué, jusqu'à l'an 1877, les moyens mis en œuvre pour les surmonter étaient fondamentalement deux : l'écrasement répété, en divers sens, du tronc, et surtout des épaules, et le procédé de Fabri, consistant à ouvrir une ouverture dans le creux sous-clavier du fœtus, avec les ciseaux embryotomes, traverser un poumon... etc.. Mais l'intuition géniale et heureuse d'un italien, le Dr Frederico Fornari a réussi en 1877 à enrichir l'obstétrique d'un nouveau procédé opératoire, entre tous les autres certainement le plus simple, le plus rationnel, le plus prompt, la section d'une ou des deux clavicules (clavicotomie). Il (le Dr Frederico Fornari) s'exprime ainsi : « En pensant que dans les fractures de la clavicule le diamètre bisacromial se raccourcit par superposition des fragments, il m'est venu l'idée de sectionner le plus possible obliquement les deux clavicules dans leur courbe à concavité antérieure ». Pour la section il usait des ciseaux embryotomes d'Asdrubali. Il employa le procédé dans un cas où le diamètre bisacromial du fœtus était de 144 millimètres, et où les tractions avec le forceps étaient restées inutiles ; il sectionna les clavicules, mais il ne réussit pas à extraire le fœtus en réappliquant le forceps, et néanmoins en abaissant les deux bras, il dû recourir à la double brachiotomie, à la résection des acromions et puis à la version classique ».

Bien mieux, la thèse de Vilpelle contient le texte même de la lettre écrite au lendemain de l'opération par le Dr Fornari à son maître, le professeur Tito-Livio de Sanctis. Nous la reproduisons intégralement :

Lettre du Dr Fornari Frederico au professeur Tito-Livio de Sanctis.

Monsieur le Professeur,

Permettez-moi de vous raconter une grave opération obstétricale que j'ai faite hier soir. Le but de ma lettre n'est pas d'occuper une belle page *du Morgagni* mais de publier seulement quelques considérations sur un fait pratique. Du reste, mon cher maître, faites de ces quelques notes improvisées, l'usage que vous croirez le meilleur et si vous ne les jugez pas dignes d'être publiées répondez-le moi en toute franchise.

Hier soir donc, je fus appelé par une de ces matrones à l'ignorance desquelles la société confie encore la vie de tant d'enfants et de tant de mères de famille. Elle m'apprit qu'une certaine Antonia Colluzzi, âgée de 41 ans, de squelette régulièrement conformé, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, multipare, et à qui j'avais fait une application de forceps il y a deux ans, était en travail depuis environ 40 heures, que la poche des eaux était rompue depuis hier soir 30 heures auparavant, que le fœtus se présentait par le siège que les douleurs, quoique encore énergiques et fréquentes ne laissaient pas espérer la terminaison spontanée de l'accouchement. Je me transportai sur les lieux, accompagné de M. Alphonso Fontana, étudiant

en médecine. Je trouvai la parturiente agenouillée près d'un coffre sur lequel elle s'appuyait avec les bras, faisant pendant la contraction utérine des efforts incroyables. Elle avait le poulx petit et fréquent, la physionomie assez altérée et le corps baigné d'une sueur froide, le fœtus était déjà mort, puisque nulle part je ne trouvai de double battement. A un deuxième examen je ne rencontrai pas de vice de conformation du bassin. La tête était descendue dans le petit bassin, en présentation du sommet en occipito-postérieure ou pour le moins transversale droite ou gauche et que pour une raison inconnue le mouvement de rotation interne de la tête au lieu de s'effectuer d'arrière en avant vers le pubis, s'était fait d'avant en arrière, portant ainsi l'occiput au devant du sacrum. L'extrémité céphalique avait des diamètres plus petits que ceux de l'excavation et c'était tellement vrai qu'avec la main portée facilement entre les parois du crâne et le bassin, je pouvais faire exécuter à la tête un $1/2$ tour de droite à gauche. Pour cette raison, et parce que les douleurs étaient énergiques et fréquentes, je pensai que l'obstacle à la sortie du fœtus ne se trouvait ni dans l'utérus, ni dans la tête.

Néanmoins, j'appliquai le forceps, mais en vain. La craniotomie était inutile, puisque comme je l'ai dit, la difficulté de l'accouchement ne dépendait pas du volume exagéré de l'extrémité céphalique. La version pelvienne était impossible, la tête étant déjà descendue dans le petit bassin. De plus le tronc fermait le détroit supérieur de manière à empêcher la main de se porter plus haut. Que faire en pareille circonstance ? Pour quelle raison l'accouchement ne pouvait-il se terminer ? Après réflexion et après un nouvel examen, je

fus convaincu que l'obstacle était dû au diamètre bisacromial qui, très long, était placé comme une barre transversale sur le détroit supérieur et coïncidait avec le grand diamètre de l'isthme du bassin. Alors, je me rappelai que dans la fracture de la clavicule, ce diamètre se raccourcit par superposition des fragments et bien que le fœtus fût mort, et à cause de cela, qu'il n'y eût plus de contractions musculaires possibles, j'eus l'idée de couper, autant que faire se pouvait, obliquement, les deux clavicules dans leur courbure à convexité antérieure. C'est ce que j'exécutai avec les ciseaux d'Asdrubal, en me guidant sur une main glissée sur les côtés de la face.

La double clavicotomie produisit un raccourcissement du diamètre des épaules, mais pas assez pour permettre son passage à travers le détroit supérieur ; je fis une seconde application de forceps inutile comme la première.

A dire le vrai, je ne savais que faire, me creusant la tête et me rappelant ce mot « aux grands maux les grands remèdes », je voulus, suivant le conseil de Levret, Baudelocque, Lachapelle dégager les deux membres supérieurs espérant qu'en tirant sur eux, par l'effet de la clavicotomie, je diminuerais encore le diamètre bisacromial ; mais j'obtins un résultat bien différent de celui que j'attendais. En effet, la tête, au lieu de rester comprimée par les deux bras et de s'abaisser en avant, s'échappa pendant des tractions et remonta à travers le détroit supérieur dans la fosse iliaque gauche ; en d'autres termes, j'eus un changement de présentation ; c'était alors une présentation du dos, avec procidence des mains. La tête, comme je l'ai dit, se porta dans la fosse iliaque gauche (en avant) la face tournée en haut, le siège

restait dans la fosse iliaque droite (en arrière) ; le dos regardait en bas et le sternum en haut. Dans de telles conditions, il ne me restait plus qu'à faire l'embryotomie. Mais dès que le cou se trouva sur la ligne innommée, il fut impossible de l'accrocher pour l'abaisser, et par conséquent de pratiquer la décollation. Alors j'essayai de changer la présentation pour pouvoir exécuter la version pelvienne. J'y parvins incomplètement en repoussant en haut le bras droit tandis que je tirais sur le gauche. La nouvelle présentation était une présentation de l'épaule gauche en première position, variété antérieure, avec inclinaison scapulaire. Je ne pus, à cause de cela, traverser le détroit supérieur pour aller à la recherche des pieds.

Alors, comme dernier expédient, je pratiquai la double brachiotomie (comme le fit P. Dubois. *Gaz. Méd.* de Paris, 1845). Suivant les préceptes de Hohl, je désarticulai avec les grands ciseaux obstétricaux, d'abord l'humérus gauche, puis le droit ; je coupai aussi l'extrémité de l'acromion gauche avec lequel j'amenai le fragment externe de la clavicule correspondante. J'exécutai alors la version avec la plus grande facilité.

Le diamètre du tronc était excessivement long par suite d'un vice de conformation de l'omoplate et de la clavicule, du sternum, ainsi que la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale. Le plus grand, le bisacromial, mesurait 5 pouces $\frac{2}{3}$ (0,144). L'antéro-postérieur 4 p. $\frac{1}{2}$ (0,121).

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes de ces faits que nous venons de raconter :

1° Si le diamètre biacromial est d'une longueur excessive,

la clavicotomie est un moyen de réduction à tenter avant de penser à une opération plus grave.

2° Lorsque la tête est descendue dans l'excavation pelvienne, on peut produire un changement de présentation en faisant des tractions sur les membres supérieurs.

3° Dans la présentation de l'épaule, la brachiotomie surtout lorsqu'elle est combinée avec la clavicotomie et l'acromiotomie fait disparaître tous les obstacles qui pourraient s'opposer à la version podalique, et à cause de cela on doit la préférer à l'embryotomie, opération beaucoup plus difficile et beaucoup plus dangereuse.

Votre tout dévoué,

D^r FORNARI FREDERICO.

Segni, 10 octobre 1877.

L'opération de Fornari, renouvelée par Phœnomenoff en 1895 a été, depuis, mise en pratique par d'autres accoucheurs dont nous empruntons l'énumération à M. Bonnaire.

Après Phœnomenoff, « Strassmann a effectué la cleidotomie unilatérale dans deux cas de malformations pelviennes.

Par ce moyen, von Herff a pu extraire à travers un bassin rétréci un fœtus du poids de 4 kilos dont le bisacromial ne mesurait pas moins de 16 centimètres.

Knorr, dans un cas de rupture utérine spontanée a eu recours à la cleidotomie double pour dégager les épaules transversalement enclavées dans le petit bassin ».



§ II. — En quoi consistent ces deux opérations : cleidotomie et sus-acromiotomie ? Quels en sont le manuel opératoire et les indications ?

Un essai d'exposition tenté par nous, après l'étude nette et concise qui en a été faite par M. Bonnaire, ayant trop de chances de paraître inférieur, il nous semble préférable de citer le texte même de cet auteur.

La cleidotomie, dit M. Bonnaire, « se pratique à l'aide de ciseaux; Phœnomenoff a figuré dans son traité publié en russe des ciseaux spéciaux qu'il a fait construire dans ce but Strassmann et Knorr font usage des ciseaux de Siebold. Nous nous sommes servi, pour notre part, de ciseaux ordinaires très forts et assez longs. Les ciseaux à embryotomie de Dubois, se prêtent mal à la section de la clavicule en raison de la longueur de leurs manches; le petit volume et la résistance de l'os mettent en jeu l'élasticité des longues branches métalliques à l'extrémité desquelles s'exerce la pression, si bien que les anneaux viennent au contact l'un de l'autre, sans que la section s'effectue.... Le manuel opératoire est des plus simples et ne comporte aucun risque pour les parties molles maternelles. Une fois l'extrémité céphalique extraite hors de la vulve, on la refoule fortement sur le périnée pour permettre aux doigts d'aller à la recherche de la clavicule tournée en avant. Celle-ci se reconnaît à sa forme sinueuse, arrondie, à sa résistance et à son petit volume, elle donne la sensation d'une allumette perdue au milieu

des parties molles. Sa direction est transversale si les épaules ne sont pas tassées au-devant du thorax. C'est en ce cas qu'elle est le mieux accessible... Quand, au contraire, à la suite de fortes tractions exercées sur le cou, surtout si celles-ci ont été combinées à un mouvement de vrille destiné à effacer les épaules, ces dernières sont pelotonnées en avant du tronc, les clavicules se cachent au fond du sillon qui sépare les deux moignons rapprochés l'un de l'autre ; elles sont verticalisées et se perdent en quelque sorte, au milieu d'épaisses parties molles. Le doigt ne les trouve pas, ou, s'il les rencontre, il les distingue mal des pièces osseuses circonvoisines. Elles sont, en outre, très difficilement accessibles à la pointe des ciseaux. Aussi, en pareil cas, renonçons-nous à pratiquer la cleidotomie et préférons-nous recourir à une variante d'embryotomie partielle, la sus-acromiotomie, pour dégager la partie supérieure du tronc.

La clavicule étant bien accessible, l'index et le médius sont amenés à son contact et restent en place. Ces deux doigts forment une gouttière protectrice sur laquelle glissent les extrémités tranchantes des ciseaux. Ainsi les tissus maternels demeurent à l'abri de toute offense.

Le premier coup de ciseaux glisse, d'ordinaire, sur la surface cylindrique de l'os et sectionne seulement, mais nettement les parties molles sus-jacentes ; à la seconde application le métal mord sur le périoste ; on saisit alors les deux anneaux des ciseaux dans le creux palmaire, et d'un seul coup on sectionne l'os qui cède avec un bruit sec.

Une fois la clavicule antérieure sectionnée, on relève fortement la tête fœtale au devant du pubis, on fait ainsi place à la main qui se coule dans la concavité sacrée pour attein-

dre l'épaule et la clavicule postérieures. La seconde section se fait dans les mêmes conditions que la première.

Après la cleidotomie, le massif des épaules, dénué de toute cohésion, s'effile à travers la filière pelvienne par une faible traction. Point n'est donc besoin, à notre avis, sauf circonstances particulières, de recourir systématiquement à l'emploi du crochet ainsi que font les auteurs dont nous avons cité les noms, pour entraîner le tronc du fœtus.

Au cas où l'on ne peut atteindre aisément l'une ou l'autre des clavicules, par exemple, alors que les épaules sont fortement tassées en avant l'une contre l'autre, on peut favoriser le dégagement du diamètre bisacromial à travers l'obstacle qui le retient par le moyen d'une petite embyotomie partielle à laquelle nous donnons le nom de sus-acromiotomie. Nous entendons ainsi une opération qui consiste à sectionner largement et profondément la peau et les muscles qui surmontent le moignon de l'épaule, de façon à libérer partiellement d'un côté la 1/2 ceinture scapulo-claviculaire qui sert d'attache au bras. Le but ainsi poursuivi n'est pas de réduire l'étendue et la résistance du massif des épaules, comme avec la cleidotomie, mais de permettre au diamètre bisacromial de passer tout en restant rigide, comme par une sorte d'escamotage à travers le diaphragme utérin ou pelvien qui enserre les épaules.

Sous l'action de tractions exercées sur le cou, l'épaule partiellement libérée, se laisse retrousser au long du thorax de telle sorte que le bisacromial, au lieu d'affronter par toute sa longueur le plan de l'obstacle à franchir, s'oblique par rapport à lui, et le franchit de biais. L'épaule du côté intact

s'engage la première, et, après elle, vient l'épaule sectionnée et demeurée en retraite.

Pour effectuer cet engagement en deux temps, on commence par tirer sur la tête en l'inclinant fortement du côté répondant à la sus-acromiotomie ; on la relève ensuite en sens opposé.

On agit ainsi dans le sens des efforts de la nature, qui, pour dégager à travers l'anneau vulvaire le diamètre bisacromial en fait sortir les deux extrémités l'une après l'autre..... A facilité égale d'exécution, nous donnons le choix à la cléidotomie simple ou double par rapport à la sus-acromiotomie. La première de ces opérations est la plus élégante, en ce qu'elle comporte un minimum de délabrement des tissus du fœtus, et en ce qu'elle ne demande que de très faibles tractions pour effectuer le dégagement des épaules.

Si c'est après l'extraction de la tête fœtale non mutilée qu'on est appelé à l'exécuter alors qu'il peut rester dans l'esprit quelque doute possible au sujet d'un reste de vie du fœtus, la cléidotomie ne doit pas être considérée, au même titre que la sus-acromiotomie, comme une opération fœticide. Dans aucun des cas où nous l'avons expérimentalement pratiquée, nous n'avons vu les ciseaux intéresser d'autres tissus que la peau, l'aponévrose sous-jacente et l'os même. Non seulement jamais l'instrument n'a intéressé les vaisseaux sous-claviers, mais encore nous avons régulièrement constaté le maintien du muscle sous-clavier dans son intégrité.

Nous fondant sur ces constatations anatomiques, nous estimons que dans tel cas désespéré, où, après issue de la

tête d'un enfant vivant les épaules seraient retenues de façon absolument incoercible, il ne serait pas déraisonnable de recourir résolument à la cleidotomie, au lieu de persévérer dans des attermoiements stériles et des tractions fœticides ».

Devant cette dernière proposition de M. Bonnaire nous ne pouvons résister à la tentation d'empiéter un peu hors des limites du cadre que nous nous sommes tracé au début de notre thèse, en prenant la résolution de ne considérer que les cas de fœtus mort.

La tendance actuelle de tous les accoucheurs est de faire le moins possible d'interventions mutilatrices sur le fœtus vivant. Pour M. le professeur Pinard c'est une loi absolue.

M. Bonnaire, dans ses expériences a toujours réussi à éviter la blessure des vaisseaux sous-claviers. Nous reconnaissons que M. Bonnaire est un habile opérateur mais aussi qu'il a été favorisé par un heureux hasard. La même conduite tenue par des mains moins bien avisées pourrait être néfaste au fœtus. Il est si difficile d'apprécier la besogne des ciseaux taillant un peu à l'aveugle, quand un écart minime suffit pour produire une hémorrhagie mortelle du fœtus. De sorte que cette méthode ne saurait être érigée en principe général.

La symphyséotomie, nous semble-t-il, si elle n'est pas contrindiquée par ailleurs, ne pourrait avoir de meilleure application que dans le cas actuel. Son pronostic pour la mère serait toutefois moins sombre que celui la cleidotomie pour le fœtus.

« La cleidotomie, continue M. Bonnaire, est indiquée dans tous les cas où l'extraction des épaules, absolument ou relativement trop volumineuses, ne peut être effectuée en dehors de toutes mutilations, par les moyens simples et classiques que nous avons exposés au début de cet article. On aura à la pratiquer :

1° Dans les cas de viciations pelviennes, lorsque les épaules s'arrêtent au détroit supérieur, ou s'enclavent dans l'excavation après extraction de la tête broyée. En pareille circonstance elle est d'une exécution beaucoup plus commode et moins périlleuse pour les tissus maternels que l'abaissement des bras, par la manœuvre de Jacquemier spécialement appliquée par Ribemont-Dessaignes au cas qui nous occupe.

2° Dans les cas où les épaules offrent des dimensions excessives (cas de Phœnomenoff et de von Herff).

3° Lorsqu'il importe de réduire au minimum les efforts nécessaires pour le désenclavement des épaules, dans les cas de rupture utérine (cas de Knorr).

La cleidotomie, d'après M. Bonnaire, ne présente pas d'inconvénients ; c'est l'opération idéale ; elle est d'une innocuité absolue pour les parties molles maternelles. L'index et le médius de l'accoucheur ayant reconnu la clavicule se fixent sur elle, formant une gouttière protectrice le long de laquelle glissent les branches des ciseaux.

Pour nous, ce procédé ne nous apparaît pas sous un jour aussi favorable.

D'abord, de l'aveu même de l'auteur, l'opération n'est pas toujours possible ; il faut pour qu'on puisse l'exécuter que la clavicule soit facilement accessible au doigt.

En second lieu, elle est très incommode à pratiquer, en ce sens qu'elle nécessite la présence d'un aide au moins dont le rôle consistera à relever fortement la tête, à la mobiliser en divers sens sous les ordres de l'accoucheur. Le champ opératoire se trouve encombré par la tête fœtale, par les mains de l'aide, par celles de l'accoucheur qui voit mal ce qu'il fait.

En outre, la sécurité qui résulterait pour la mère de la protection fournie par la gouttière bidigitale nous paraît un peu aléatoire. Grâce au chloroforme nous dira-t-on, on peut obtenir une résolution complète de la femme. On n'a point à craindre que des mouvements brusques et intempestifs fassent dévier les ciseaux. C'est possible ; cependant avec la méthode du chloroforme à la reine des accoucheurs on ne recherche pas précisément une résolution complète et dans ce cas il peut fort bien arriver que sous l'influence des douleurs, la malade produise une fuite des ciseaux qui peut être dangereuse.

Si l'on écarte cette complication toute fortuite, il reste encore ce fait que la main ou les doigts introduits dans les parties maternelles sont rapidement engourdis par la contraction utérine ; leur sensibilité s'émousse ou disparaît complètement, étant donné surtout que dans la moitié des cas qui nous occupent, l'obstacle est dû à une rétraction spasmodique de l'anneau de Bandl ou de l'orifice externe du col ; l'accoucheur est donc exposé à blesser la mère et à se blesser lui-même.

Cette méthode d'embryotomie partielle est passible des reproches que l'on adresse à tous les autres procédés pratiqués avec des instruments analogues, dangereux

pour la mère et l'accoucheur par leurs pointes et leurs tranchants, et que Potocki, dans sa thèse, désigne en bloc sous le nom de « vieille ferraille. »

Ce n'est pas le principe de la méthode que nous rejetons ici, c'est l'instrument; qu'on substitue aux ciseaux un appareil nouveau qui donne à l'accoucheur toutes les garanties de sécurité pour la mère et pour lui-même, et la cleidotomie rendue aussi peu dangereuse que l'embryotomie au moyen des instruments de Tarnier et de Ribemont-Dessaignes, pourra prendre rang parmi les opérations obstétricales.

∴

§ III. — Les avantages que procurent la cleidotomie et la sus-acromiotomie sont réels.

Mais on peut obtenir un résultat aussi satisfaisant par une méthode plus simple et exempte de tout pronostic fâcheux.

Elle consiste à se débarrasser par la décollation, de la tête fœtale afin de pouvoir atteindre librement les épaules et les bras du fœtus que l'on amène successivement hors du vagin. Quelques tractions exercées sur les membres supérieurs suffisent alors pour achever l'accouchement.

Ce procédé n'est pas nouveau.

Voici deux observations : la première de Bailly en 1881, la deuxième de M. Guéniot (27 nov. 1886).

Ces deux accoucheurs ont employé avec succès la

décollation suivie de l'abaissement des bras dans deux cas de dystocie due aux épaules.

OBSERVATION (de Bailly) (Résumé) (1).

Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée. Avantage des tractions sur les bras pour opérer le dégagement du tronc après la décollation du fœtus.

Au mois d'août 1881, M. Bailly est appelé au village de S... près Fontainebleau pour terminer un accouchement laborieux. C'est une femme obèse chez laquelle plusieurs tentatives de forceps ont été pratiquées par trois médecins.

On s'était également servi de crochets aigus ; on avait tenté la version podalique, mais vainement.

M. Bailly constate que le bassin est normal, mais que le fœtus est putréfié :

« Mes confrères me cédant la place, c'était à mon tour d'agir. Il n'y avait plus à songer au forceps et tout d'abord je pensai que le céphalotribe fenêtré trouverait une prise solide sur la base du crâne que je pouvais supposer entière.

Aussi, après avoir chloroformé la malade, j'appliquai mon instrument sur le moignon de la tête ; malheureusement les os de la base du crâne étaient eux-mêmes disjoints, mobiles, et mon céphalotribe dérapa. Cette ressource m'échappant. je ne voyais plus que la version pelvienne qui me permit d'avoir l'enfant et je me mis en devoir de l'effectuer.

1. Bailly. *Gaz. des hôp.*, 1881, 11 déc., p. 1132.

L'introduction de la main eut pour premier effet d'ouvrir la porte à des gaz accumulés et la matrice se mit à détonner comme une pièce d'artillerie. J'essayai d'arriver jusqu'aux pieds, mais je fus bien vite arrêté par une résistance invincible tenant à la rétraction puissante de l'utérus surexcité par un travail infructueux de près de quatre jours ; il me fallut battre en retraite. Ainsi, plus de tête à saisir par le céphalotribe ou le forceps, version rendue impraticable par la résistance de l'utérus, telle était la situation. C'était embarrassant. Cependant, je me remis bientôt de la première surprise que causent toujours les difficultés imprévues et je me dis qu'il fallait à tout prix sortir honorablement de ce mauvais pas. Le bassin était régulièrement conformé ; je n'avais pas perdu tout espoir d'y faire passer l'enfant. J'avais, il est vrai, échoué dans un premier essai de version pelvienne, mais je pouvais en tenter un second. C'est ce que je fis.

Après m'être reposé pendant quelques instants, j'allai encore à la recherche des pieds et ma main ayant rencontré un bras sur mon chemin, l'idée me vint que je trouverais sur ce membre une prise solide me permettant d'avoir l'enfant. J'abaissai donc le premier bras, et l'ayant enveloppé de linge pour le rendre moins glissant, je me mis à tirer dessus. Je sentis bientôt se produire une crépitation de rupture indice d'un commencement de désarticulation de l'épaule, et sans en compléter l'arrachement, je suspendis mes efforts pour aller chercher le second bras que j'amenai également à la vulve. Tirant alors simultanément sur les deux bras, j'amenai au dehors sans difficultés, un monstrueux garçon, livide, fortement ballonné, dont la sortie fut encore accom-

pagnée de force coups de canon tirés par la matrice. Ce fœtus privé de tête, pouvait bien peser 4500 grammes. Guérison, mais après frisson et état fébrile. »

OBSERVATION (de Guéniot) (1).

Craniotomie. Décollation. Dégagement des bras pour terminer l'extraction.

« Il y a quelques années. ayant eu à diriger l'accouchement d'une dame primipare, dont l'utérus était transformé en une véritable grappe de fibromes, je constatai un jour que l'œuf venait de se rompre avant tout commencement de travail, alors que le col restait encore long et complètement fermé. Les premières douleurs ne se manifestèrent, en effet, que sept jours plus tard et quand le fœtus était mort déjà depuis quatre jours. Le travail fut long et d'autant plus pénible que la parturiente avait déjà perdu toutes ses forces pendant la grossesse.

Dès que je crus une intervention opportune, je perforai le crâne et tentai l'extraction du fœtus. Mais la tête une fois dégagée, quelque persévérance que je misse dans mes tractions, il me fut impossible d'extraire les épaules. Celles-ci restèrent inébranlables, fixées au détroit supérieur.

Le cou était alors très tendu et la base de la tête fortement appliquée contre la vulve. Mes collègues Charpentier et Porak ayant bien voulu se joindre à moi pour compléter

1. Guéniot. *Dict. encycl. des sc. méd.* art. *Embryotomie. Décollation à vue*, p. 3, 27 nov. 1886.

la délivrance, je commençai par me faciliter la voie en sectionnant le cou de l'enfant ; puis, ayant été non sans grande peine à la recherche du bras postérieur que je parvins à entraîner avec un crochet, je renouvelai mes tractions, mais avec le même insuccès que précédemment. Malgré la difficulté pour le dégagement du second bras, ce n'est qu'après avoir attiré celui-ci au dehors que de nouveaux efforts pratiqués sur les deux membres à la fois permirent d'extraire avec une facilité relative tout ce qui restait du fœtus. Ce dernier, tuméfié par les gaz de la putréfaction offrait un développement énorme en même temps qu'il exhalait une odeur infecte. C'est le volume exagéré de toutes les parties fœtales qui bien plus que les épaules avait constitué l'obstacle à la terminaison de l'accouchement. »

Le manuel opératoire de ce procédé est des plus simples. Il comprend trois temps.

Premier temps. — Le premier temps, la décollation est d'une exécution très facile quand la tête est complètement dégagée. Il consiste simplement à séparer la tête du tronc au moyen de l'embryotome de Tarnier ou de Ribemont-Dessaigues.

Deuxième temps. — On s'est débarrassé de la tête ; la voie est libre ; la main de l'accoucheur introduite dans le vagin, va à la recherche d'une épaule, la postérieure de préférence, saisit le membre correspondant, et l'amène hors de la vulve. De même pour le second bras. Les difficultés pour l'exécution du dégagement des bras seront exceptionnelles. La réduction imprimée aux épaules par les frottements des parois utéro-pelviennes peut diminuer

Le diamètre bisacromial d'environ 3 cm. Long. de 12 à 14 cm. en moyenne, chez le fœtus normal, non tassé, il devient par suite de la compression, égal à 9 cm. ou 9 cm. 1/2. Ce chiffre mesure exactement le diamètre bipariétal qui est destiné à frayer le passage aux épaules dans la filière pelvi-génitale.

Quand le diamètre bisacromial, par ses dimensions excessives est cause de dystocie, il ne serait pas illogique de penser que des tractions exercées sur la tête permettront aux deux moignons des épaules arc-boutés contre le détroit supérieur de se tasser sur les parties latérales de la poitrine et de réduire ainsi la largeur de ce diamètre.

En réalité, ainsi que Jacquemier l'a fait observer, le diamètre bisacromial augmente d'étendue à mesure que les épaules s'abaissent sur les côtés du thorax.

« En effet la poitrine représente un tronc de cône à sommet supérieur et à base inférieure, tandis que les épaules proprement dites représentent plutôt deux cônes plus petits à base supérieure accolés sur les parties latérales de la poitrine. Ces parties sont mobiles les unes sur les autres et on comprend sans peine que plus les épaules descendent sur les côtés du tronc, c'est-à-dire se rapprochent de sa base, plus elles s'éloignent l'une de l'autre, et plus le diamètre qu'elles présentent est étendu. Si, d'autre part, elles glissent vers la partie supérieure de la poitrine elles se rapprochent de plus en plus jusqu'à disparition presque complète de leur diamètre, lorsque les bras seront relevés sur les côtés de la tête et que la saillie de l'épaule se logera dans la partie latérale du cou. »

Les deux moitiés de la ceinture scapulo-thoracique embrassent de chaque côté le sommet du thorax dans une sorte d'angle dont le sommet correspond à l'articulation acromio-claviculaire et dont les côtés sont représentés en avant par la clavicule, en arrière par l'omoplate. Les extrémités des deux côtés de l'angle s'appuient en avant et en arrière sur la ligne médiane ; autour de ces deux points comme charnière on pourra faire décrire au moignon de l'épaule un mouvement circulaire d'élévation, tendant à rapprocher l'un de l'autre les deux sommets symétriques, mouvement limité nécessairement par la présence du cou et de la tête du fœtus. Quand la tête et le cou sont sectionnés, l'obstacle au rapprochement des deux épaules disparaît, d'autant mieux, que le fœtus se replie en forme d'ouïe, ce qui permet d'atteindre plus facilement les épaules pour les abaisser. On peut comparer ce mouvement de rotation à celui qu'on imprime aux deux moitiés d'un livre grand ouvert, quand on le ferme ; ou encore à celui des deux branches d'un V, qui d'abord supposées horizontales et dans le prolongement l'une de l'autre, se relèveraient en se rapprochant.

Troisième temps. — Les bras abaissés dans le prolongement du thorax, forment avec lui un cône très allongé, un $1/2$ fuseau dont l'extrémité pointue est représentée par les mains réunies et dont les diamètres vont en augmentant insensiblement vers l'ombilic. Cette disposition est éminemment propice à l'extraction qui se fera toujours sans encombre.

∴

§ IV.—La décollation suivie du dégagement des épaules

et de l'abaissement des bras, présente-t-elle des inconvénients? Considérée au point de vue de la blessure possible des parties maternelles, elle est sans danger. L'usage des ciseaux et des instruments pointus n'est plus contre-indiquée dans ce cas, puisque la tête est complètement dégagée. L'opérateur agit en dehors des parties génitales pour sectionner le cou du fœtus, et sa main ne travaille que sous le contrôle de la vue. De plus, l'accoucheur ne court aucun risque de couper ses doigts qui ne sont point insensibilisés par la pression de l'utérus.

Non seulement la décollation ne présente aucun inconvénient, mais elle offre, au contraire, le grand avantage de débarrasser l'accoucheur de la tête fœtale, obstacle gênant à l'introduction de la main dans les parties maternelles. De même que pour une opération chirurgicale comportant des procédés divers, on donnera la préférence à celui qui exige l'emploi du minimum d'instruments (pinces hémostatiques, clamps, écarteurs), afin d'encombrer le moins possible le champ opératoire, de même, dans les circonstances que nous envisageons, notre méthode l'emporte sur toutes les autres à cause de sa simplicité et de la facilité avec laquelle on termine l'extraction après la séparation de la tête et du tronc. C'est sur ce point que nous insistons. Ce temps de l'opération pratiqué systématiquement constitue l'originalité de la méthode, et à lui seul la rend supérieure à toutes celles qui ont été proposées.

On se rendra compte des bons résultats fournis par ce procédé en lisant les observations suivantes prises dans le service du Dr Bar.

OBSERVATION I

Accouchement artificiel à terme. Tentatives de forceps faites en ville et à l'hôpital. Basiotripsie. Décollation. Abaissement du bras postérieur à l'aide du crochet de Tarnier. Albuminurie. Angle accessible.

Femme M..., née P..., âgée de 39 ans, journalière, grande multipare, actuellement à sa quatorzième grossesse.

Son père vivant est atteint de bronchite chronique. Sa mère est morte à l'âge de 39 ans d'une tumeur de l'abdomen.

La malade ne peut indiquer l'époque de ses premiers pas, mais elle a toujours bien marché. Ses règles qui ont débuté à l'âge de 17 ans se sont toujours maintenues normales avec une durée de 4 à 5 jours à chaque époque.

1^{re} Grossesse. — Accouchement spontané à terme (1877). Garçon vivant bien portant.

2^e Grossesse. — Décembre 1879. — Fausse couche de 1 mois 1/2 environ.

3^e Grossesse. — Accouchement spontané à terme (avril 1880). Garçon vivant.

4^e Grossesse. — Accouchement spontané à terme (12 nov. 1882). Garçon vivant bien portant.

5^e Grossesse. — 1883. Accouchement spontané à terme, fille vivante, morte de diarrhée à 13 mois.

6^e Grossesse. — Accouchement à terme (1884). Extraction artificielle à l'aide du forceps d'un garçon vivant pesant 5 kilos, mort de méningite à 5 mois.

7^e Grossesse. — (1887). Fausse couche de 5 mois.

8^e Grossesse. — (1888). Accouchement spontané à terme d'un garçon mort de la rougeole à 13 mois.

9^e Grossesse. — (1890). Fausse couche de 3 mois.

10^e Grossesse. — (1891). Accouchement spontané à terme fille bien portante.

11^e Grossesse. — (1892). Fausse couche de 3 mois.

12^e Grossesse. — Vers la fin de 1892. Accouchement à terme spontané d'un garçon vivant, mort plus tard de diarrhée.

13^e Grossesse. — Menée à terme (1896). Accouchement difficile. Tentatives infructueuses de forceps. Usage de crochet. Enfant mort-né.

14^e Grossesse. — Grossesse actuelle.

Cette femme entre à la Maternité de Saint-Antoine le 14 décembre 1897 à 9 h. 35 du matin envoyée par un médecin de la ville qui aurait fait sur elle plusieurs tentatives de forceps restées infructueuses. La rupture artificielle des membranes a été pratiquée à 3 heures du matin.

M. le Dr Tissier assistant de M. Bar examine la femme à 10 heures. La date de ses dernières règles survenues du 2 au 5 mars permet d'apprécier que la grossesse est à terme. Pas d'accidents ni de complications à signaler. Cependant à l'entrée dans le service on a constaté dans les urines un nuage d'albumine.

Le squelette est normal ; rien à la peau, au cœur, aux poumons. A noter de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs ; pas de varices. Seins, ventre, utérus normaux. Parois normalement tendues. L'enfant se présente par le sommet amorcé au détroit supérieur en O. I. D. Tr.

A 10 h. 5 après une toilette vulvaire au sublimé et vaginale au permanganate de potasse la malade est chloroformisée.

Le col est largement dilatable et l'on perçoit encore les battements du cœur. M. Tissier pense qu'il est préférable de tenter une application de forceps que de pratiquer la basiotripsie sur un enfant vivant.

Il introduit d'abord la branche gauche, directement en arrière, puis la branche droite. La tête étant ainsi saisie, il fait des tractions lentes ; mais la tête ne progresse pas.

Seconde application de forceps. La branche droite est d'abord introduite directement en arrière ; puis la branche gauche diamétralement. Articulation suivie de tractions aussi inutiles que les premières.

A ce moment les bruits du cœur ne sont plus perceptibles. M. Tissier décide de faire une basiotripsie.

Introduction du perforateur. Perforation au voisinage de la fontanelle postérieure et introduction de la branche gauche, petit broiement. La tête descend immédiatement dans l'excavation, bien saisie ; le pariétal est en partie sorti. Extraction de la tête hors de la vulve. Décollation pour faciliter le dégagement des épaules. Abaissement du bras postérieur et dégagement de l'antérieur sans difficulté. Extraction d'un garçon mort-né du poids de 3 kil. 770 et long de 50 centimètres.

OBSERVATION II

Cranioclasie et décollation. Délivrance artificielle. Tamponnement utéro-vaginal.

Louise C..., femme P... entre à la maternité de Saint-Antoine le 21 mars 1897 et à la salle de travail le 18 avril.

Son père est mort d'une maladie de foie ; sa mère de tuberculose. Elle a une sœur bien portante, une autre morte de maladie de foie et un frère tuberculeux.

Elle ignore à quel âge elle a commencé à marcher ; mais elle a toujours bien marché. Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans.

Elle en est à sa septième grossesse.

1^{re} Grossesse. — Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

2^e Grossesse. — Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

3^e Grossesse. — Forceps. Enfant mort-né.

4^e Grossesse. — Accouchement spontané. Enfant mort et macéré.

5^e Grossesse. — Accouchement spontané. Enfant mort-né.

6^e Grossesse. — Accouchement à terme à l'hôpital Saint-Louis ; accouchement difficile. Détruncation. Enfant mort-né pesant 6 kilos.

7^e Grossesse. — Grossesse actuelle.

Les dernières règles se sont montrées de la fin du mois de juin au commencement de juillet. La grossesse est à terme.

Les urines sont normales. Le ventre est en besace. L'enfant se présente par le sommet non engagé. Les bruits du cœur sont bons et on les entend à droite.

21 mars. — Le col est ouvert, situé très en arrière ; on ne sent rien par le toucher.

11 avril. — La malade qu'on avait renvoyée chez elle revient parce qu'elle ne sent plus le fœtus remuer, et qu'elle perd des glaires depuis quelques jours. On ne perçoit pas les bruits du cœur.

7 ou 8 avril. — A sa dernière grossesse, dit-elle, les mouvements du fœtus avaient cessé également 8 jours avant l'époque où l'on pratiqua l'embryotomie.

Au toucher le col est très en arrière ; l'orifice regarde la concavité du sacrum : il est très difficilement accessible au doigt. Le col est long de 2 centimètres environ. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

La palpation difficile à exécuter ne donne aucun renseignement.

18 avril. — 6 h. 1/2 du soir. Dilatation de 5 francs ;

A 8 h. Entrée à la salle de travail, à 8 1/2, dilatation d'une grande paume de main ; douleurs assez fortes ; poche des eaux très volumineuse et très tendue.

A la dilatation complète, les membranes étant intactes, la malade est anesthésiée. M. Bufnoir, interne du service, tente la version. Il rompt les membranes et atteint difficilement le pied droit qu'il abaisse dans le vagin. Mais l'anneau de Bandl est tellement rigide, le corps utérin est si contracté qu'il ne peut abaisser le siège au-dessous de l'anneau de Bandl, bien que la tête soit remontée au-dessus de lui. Il renonce alors à faire la version podalique. Le pied étant re-

poussé dans le corps utérin, il abaisse la tête avec sa main. On la fixe au détroit supérieur et on la perfore avec le craniotome de Blot. On applique ensuite le crânioclaste sur elle et on l'extrait assez facilement. Elle reste étroitement appliquée contre la vulve. On pratique alors la section du cou avec les ciseaux de Dubois. La décollation terminée, on abaisse le bras gauche ; les tractions exercées sur lui le disloquent du tronc. On abaisse alors le bras droit ; puis, à l'aide de tractions soutenues et prolongées, le tronc est amené au dehors. Délivrance artificielle.

Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée. 2 points de suture au périnée. Pansement vulvaire. Suites de couches normales. L'enfant mort pèse sans la masse du cerveau 5130 grammes.

CHAPITRE II

§ I. — Si nous évaluons à 2 centimètres au minimum l'épaisseur de chaque bras du fœtus au niveau de sa partie supérieure, on voit que leur relèvement diminue le diamètre biacromial de 4 centimètres. Ce chiffre n'a rien d'excessif, puisque dans les cas qui nous occupent, il s'agit de fœtus très gros, de poids supérieur à la moyenne. Chez le fœtus normal, non comprimé, le diamètre biacromial mesure 12 à 14 centimètres. Par le dégagement des bras, il se réduit de 4 centimètres. Le tassement lui fait perdre encore 3 centimètres environ. En définitive, le diamètre des épaules se trouve ramené au chiffre de 5 à 7 centimètres.

Dans le cas de Von Herff (page 62) le fœtus pesant 4 kilos, avait un diamètre biacromial de 16 centimètres. La décollation suivie du dégagement des bras aurait réduit ce diamètre à 9 centimètres exactement. L'extraction, dans ces conditions ne saurait présenter aucune difficulté dans un bassin normal.

Voilà donc un point acquis. Le dégagement bilatéral des bras, après la décollation, donne une diminution du diamètre des épaules de 7 centimètres au minimum.

Dans les quatre observations publiées par M. Bonnaire,

on ne trouve pas en chiffres, les résultats de la cléidotomie. Pour les deux premiers cas, il a pratiqué la cléidotomie seule ; dans les deux derniers, à cette opération insuffisante, il a dû adjoindre la sus-acromiotomie ; et il a obtenu alors le résultat que nous donne le dégagement des bras après décollation ; mais par quel long détour !

Examinons maintenant les expériences faites par le même auteur sur des fœtus morts. Nous trouvons :

Expérience I

Enfant du poids de 4970 grammes.

Mensurations faites au niveau de la partie supérieure du thorax suivant le périmètre des deux épaules, juste au-dessus des acromions.

Circonférence bisacromiale.

- | | |
|--|--------|
| 1° Epaules dans leur attitude normale, bras accolés au tronc | 42 cm. |
| 2° Epaules tassées en avant et rapprochées l'une de l'autre. | 37 cm. |
| 3° Epaules tassées en avant après cleidotomie unilatérale | 34 cm. |
| 4° Epaules tassées en avant après cleidotomie double. | 33 cm. |

Nous préférierions trouver ici, en chiffres, les dimensions des diamètres bisacromiaux en regard des longueurs de leurs circonférences respectives.

Mais, comme le thorax du fœtus est à peu près cylindrique, le périmètre au niveau des épaules peut être considéré comme une circonférence régulière à diamètres sensiblement égaux entre eux. La formule géométrique qui exprime le rapport de la circonférence au diamètre, nous permet, par conséquent, de déduire du nombre de centimètres de la circonférence, celui du diamètre.

$$\frac{(\text{Circ.})}{2 R} = 3.1416).$$

Donc dans la 1^{re} expérience, les diamètres bisacromiaux mis en regard de leurs circonférences respectives, mesureront :

Mensurations	Circonférence	Diamètre
1 ^o Epaules dans leur attitude normale, bras accolés au tronc . .	42 cm.	13 cm. 4
2 ^o Epaules tassées en avant et rapprochées l'une de l'autre . . .	37 cm.	11 cm. 7
3 ^o Epaules tassées en avant après cleidotomie unilatérale . . .	34 cm.	10 cm. 75
4 ^o Epaules tassées en avant après cleidotomie double	33 cm.	10 cm,

De ce tableau on peut tirer les conclusions suivantes :

Le diamètre bisacromial du fœtus, primitivement de 13 cm. 4 subit du fait du tassement une diminution de 2 cm. environ (exactement 1 cm. 7). Après cleidotomie unilatérale, il devient égal à 10 cm. 75. La cleidotomie double le ramène à 10 cm.

Résultat. — La cleidotomie double, combinée au tassement des épaules donne un gain de 3 cm. 4.

Or nous savons que dans des conditions analogues, la

décollation suivie du dégagement des bras fait gagner 7 cm. au plus bas mot, c'est-à-dire juste le double. Le diamètre primitif 13 cm. 4 serait devenu par la méthode que nous défendons, 6 cm. 7.

Les autres expériences de M. Bonnaire, sauf la troisième qui est incomplète, se prêtent aux mêmes considérations.

Expérience II

Fœtus pesant sans le cerveau 2980 grammes.

Mensurations	Circonférences bisacromiales	Diamètres mesurés par M. Bonnaire.	Diamètres calculés par nous.
1° En attitude de repos sans tassement.	36 cm.	14 cm. 5	11 cm. 5
2° Epaules fortement relevées et tassées sur les côtés du cou (attitude de l'extraction fœtale) . . .	30 cm.	9 cm.	9 cm. 5
3° Attitude de l'extraction fœtale avec rotation artificielle des épaules . . .	31 cm.	9 cm.	9 cm. 8
4° Après cleidotomie unilatérale et tassement maximum en bas et en avant. .	29 cm.	»	¹¹ / ₁₂ 9 cm. 3
5° Après double cleidotomie et tassement maximum en bas et en avant. .	25 cm.	»	7 cm.] 9

Dans l'expérience II, le diamètre primitif était 14 cent. 5.
Il devient après cléidotomie double, 7 cent. 9. Bénéfice
6 cent. 6.

Il serait après décollation et abaissement des bras
7 cent. 5. Bénéfice 7 centimètres.

La différence entre les deux bénéfices quoique peu con-
sidérable est en faveur de la deuxième méthode.

L'expérience III

est incomplète ; nous la négligeons.

Expérience IV

Poids du fœtus sans le cerveau 2800 grammes.

Mensurations	Circonférences bisacromiales	Diamètres mesurés par M. Bonnaire	Diamètres calculés par nous
1° Attitude naturelle.	33 cm.	11 cm. 5	10 cm. 5
2° Epaules relevées et tassées.	29 cm.	9 cm.	9 cm. 3
3° Epaules abaissées et tassées en avant.	27 cm.	9 cm. 7	8 cm. 5
4° Après cléidotomie unilatérale	25 cm.	»	7 cm. 9
5° Après cléidotomie double.	23 cm.	»	7 cm. 3

Dans cette expérience, le diamètre primitif étant
11 cent. 5, il devient : Après cléidotomie double, 7 cent. 3.

Bénéfice 4 cent. 2.

Il serait : Après décollation et abaissement des bras,
4 cent. 5. Bénéfice 7 centimètres.

La différence entre les deux bénéfices est ici manifestement en faveur de notre méthode.

Expérience V

Poids du fœtus 2770 grammes.

Mensurations	Circonférences bisacromiales	Diamètres mesurés par M. Bonnaire	Diamètres calculés par nous
1° Attitude naturelle.	33 cm.	12 cm. 3	10 cm.
2° Epaules relevées et tassées en travers.	26 cm.	9 cm.	8 cm. 3
3° Epaules relevées et tassées en avant. .	26 cm.	9 cm.	8 cm. 3
4° Cleidotomie unila- térale	25 cm.	»	7 cm. 9
5° Cleidotomie double.	23 cm.	»	7 cm. 2

Le diamètre primitif étant 12 cm. 3 devient :

Après cleidotomie double, 7 cm. 2. Bénéfice 5 cm.

Après décollation et dégagement des épaules, il serait,
5 cm. 3. Bénéfice 7 cm.

La différence des bénéfices est encore ici en faveur de
notre procédé.

∴

§ II. — Des calculs précédents, il résulte clairement que la méthode de la décollation préalable l'emporte sur celle de la cleidotomie.

Nous regrettons de ne pouvoir présenter un plus grand nombre d'observations qui nous auraient servi à assurer sur des bases encore plus certaines la supériorité de cette méthode. Mais les faits de ce genre ne sont pas de pratique courante; ils sont même assez rares et c'est là notre excuse.

Dans les Maternités, il est d'usage de faire quelques mensurations sur les nouveau-nés. On note le poids, la taille et la longueur des différents diamètres céphaliques des enfants. Mais tout se borne là généralement. C'est pourquoi il nous a été impossible de retrouver les longueurs des diamètres bisacromiaux des deux fœtus qui font l'objet de nos deux observations. C'est regrettable; nous aurions montré une fois de plus, chiffres en main, la valeur du procédé employé.

Malgré cette lacune, le résultat final n'en subsiste pas moins. Et il a été obtenu avec la plus grande facilité alors que tous les autres moyens usités avaient échoué.

La cleidotomie eut-elle été également insuffisante? Nous ne voulons pas l'affirmer. Elle eut atteint le but; mais nous avons vu précédemment que ses résultats étaient toujours inférieurs à ceux de la décollation préalable.

De sorte que nous pouvons, sans crainte, conclure à la supériorité de la méthode mise en pratique par M. Bar.

CONCLUSION

Lorsque dans l'accouchement par le sommet, LE FŒTUS EST MORT et la tête dégagée, si l'expulsion du tronc est rendue impossible par l'excès de volume de la poitrine et des épaules, la meilleure conduite à tenir consiste à se débarrasser de la tête fœtale au moyen d'un embryotome. De cette façon, la voie est libre pour atteindre les épaules. On abaisse les bras avec la plus grande facilité, et quelques tractions sur ces membres, suffisent pour terminer l'accouchement.

Vu : le Président de la thèse
A. PINARD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Aët ii, medici græci contractoe ex veteribus medicinæ tetrabiblos. Tetr. IIII, Sermo IV, Cap. XXII et XXIII.

Adelmann. — Nouveau journal d'accouchements et de maladies des femmes, t. XX, p. 92.

At taix. — Thèse de Paris, 1900.

Bailly. — Gaz. hebdomadaire, 1861.

— Gaz. des hôpitaux, 11 déc. 1881.

Baudelocque. — Principes sur l'art des accouchements, 1837.

Bonnaire. — Presse médicale, 14 mars 1900.

Cazeaux. — Traité théor. et prat. de l'art des accouchements 1857.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements en 2 vol. 1890.

Desmontils. — Thèse de Bordeaux, 1887.

Dionis. — Traité général des accouchements, 1718.

Fornari-Frederico. — Il Morgagni, 1877.

Gardien. — Traité complet des accouchements et des mal. des filles, des femmes et des enfants, 1816.

Guéniot. — Dictionn. encycl. des sciences médicales. Art. Embryotomie. Décollation à vue.

Hohl. — Nouveau journal d'accouchements et de maladies des femmes, t. XX, p. 92 et suiv.

Jacquemier. — Gaz. hebdom. de med. et de chir, n° 40, 41, 42, 1860.

— Mémoire de 1860. Du vol. de la poit. et des épaules, etc.

Joulin. — Thèse d'agrégation. Des cas de dystocie dûs au fœtus, 1863.

— Traité des accouchements, 1867.

La Motte (de). — Traité complet des accouchements, 1722.

Levret. — Suite des observ. sur les causes et les accid. de quelques accouch. laborieux, 1751.

Lizé (du Mans). — Annales de Gynéc. 1880.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées, 1721.

Perondi (Giuliano). — Indépendance méd., 9 mai 1900.

Portal. — La pratique des accouch. 1685.

Pinard. — Annales de Gynécologie, 1886, 1887, 1888.

Ribemont-Dessaignes. — Annales de Gynécol. 1886, 1887, 1888.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Manuel d'obstétrique.

Rœderer. — Eléments de l'art des accouch. 1756.

Silbert d'Aix. — Monit. des hôpit. 1857.

Smellie. — Observ. sur les accouch. ou suite de la théor. et prat. de cet art traduit par Préville, 1754.

Stolz. — Nouveau dict. de med. et de chir. pratique 1870.
Art. Dystocie Gaz. méd. de Strasbourg. 1857, p. 210.

Velpeau. — Traité de l'art des accouch. 1835.

Vilpelle. — Thèse de Paris, 1891.

